Dr C. CHAUVEAU

HISTOIRE

DES

MALADIES DU PHARYNX

Préface de M. le Dr DU CASTEL
Membre de l'Académie de Médecine

V

DE 1800 A 1875



PARIS
LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE et FILS
19, rue hautefeuille, 19

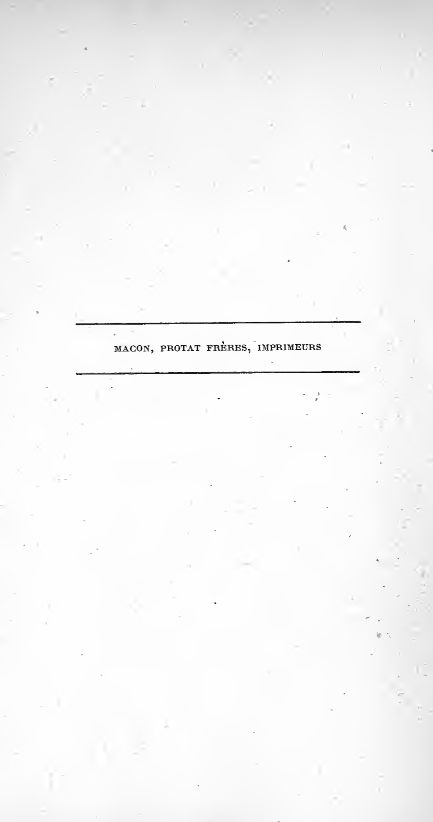
1906

R. BLANCHARD
PROF. FAC. MÉD. PARIS

HISTOIRE

DES

MALADIES DU PHARYNX



MACON, PROTAT FRÈRES, IMPRIMEURS

Dr C. CHAUVEAU

HISTOIRE
DES
MALADIES DU PHARYNX

Préface de M. le Dr DU CASTEL
Membre de l'Académie de Médecine

V

DE 1800 A 1875



PARIS
LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE et FILS
19, rue Hautefeuille, 19

1906

R.BLANCHARD
PROF: FAC. MÉD: PARIS

I. — PROCESSUS INFLAMMATOIRES SECONDAIRES [1] DU PHARYNX

A. — LÉSIONS INFLAMMATOIRES VULGAIRES

Généralités. — Les processus inflammatoires secondaires du pharynx n'ont pas, comme les angines, cet organe comme théâtre unique ou du moins principal de leur activité. Les affections dont ils dépendent constituent une entité morbide, dont ils ne sont qu'un épiphénomène, parfois sans grande importance ; cependant, ces manifestations ne sauraient être soustraites, sans inconvénient, à la pathologie gutturale. Au point de vue abstrait, il est intéressant de voir quelles sont les analogies et quelles sont aussi les différences qui existent entre ces pharyngites secondaires et les pharyngites primitives ; d'ailleurs, les considérations d'ordre pratique ne manquent pas, qui autorisent, en quelque sorte, notre manière de voir. C'est d'abord la gravité des accidents dont le gosier peut devenir le siège, ce sont aussi les complications

1. Le tome IV comprend les processus inflammatoires primitifs, c'est-à-dire les angines.

à distance du côté de l'oreille, dont il est fréquent de voir ces phlegmasies deutéropathiques devenir l'origine, otites qui ont, le plus souvent, une toute autre importance que celles déterminées par les lésions banales des fosses nasales et du cavum[1]. Nous pourrions ajouter encore que, noyées dans la description d'ensemble des maladies dont elles dépendent, les angines secondaires n'apparaissent pas toujours avec la netteté désirable dans leur symptomatologie, leur marche et leur pronostic. Il est donc utile et justifié de les étudier à part dans des paragraphes spéciaux[2]. Nous les répartirons en deux catégories bien distinctes, suivant que leurs altérations morbides appartiennent à l'inflammation banale ou, au contraire, à l'inflammation nodulaire. La durée et la nature destructive du processus morbide ne sont, en effet, pas les mêmes dans les deux cas. Il est certain que les nosologistes de l'époque que nous étudions n'ont, le plus souvent, qu'à peine entrevu les hautes questions théoriques que soulevait le sujet, mais il est non moins évident que le côté clinique ne leur a pas complètement échappé et qu'on trouve déjà, çà et là, dans leurs écrits, bien des indications précieuses qu'un ouvrage de cette nature était en droit de recueillir.

1. Voir Triquet, Toynbee et Tröltsch qui firent connaître les otites des maladies générales.

2. On pourrait également faire remarquer que, même au point de vue pathogénique, cette façon de voir peut être admise, puisque beaucoup de ces troubles morbides sont dus, semble-t-il, à des infections secondaires favorisées par la maladie principale mais indépendantes, en quelque sorte, de celle-ci par leur agent spécifique.

I. — PHLEGMASIES PHARYNGÉES VULGAIRES D'ORIGINE GÉNÉRALE

a) Déterminations pharyngées de la rougeole

Signalons d'abord rapidement les travaux des devanciers.

Les déterminations pharyngées de la rougeole n'avaient point échappé aux grands épidémiologistes anglais des XVIIe et XVIIIe siècles. Ils ont mentionné non seulement l'énanthème, mais encore l'existence d'une véritable gêne de la déglutition avec tuméfaction des amygdales. Il en est de même pour Borsieri, qui a de plus laissé quelques lignes sur les accidents gangreneux bucco-pharyngés déjà entrevus par Sydenham. Aussi ne faut-il pas s'étonner de voir Lieuteaud (*Précis de médecine*, p. 604) insister sur ce qu'il appelle la rougeole interne et citer expressément les manifestations de celle-ci du côté de la gorge et de la bouche.

Utilisant les travaux déjà assez complets de ses prédécesseurs, Monfalcon a consacré, en 1814, un paragraphe de son article Rougeole, du *Dictionnaire en soixante volumes*, à la question qui nous occupe. « Toutes les membranes muqueuses ne sont pas irritées au même degré. Tel individu dont la conjonctive est médiocrement irritée a une véritable *angine*. La muqueuse de la gorge est enflammée ; il avale avec peine ; les amygdales sont tuméfiées. » Néanmoins, la rareté des pharyngites tant

soit peu intenses au cours de la rougeole frappa tellement les observateurs de la première moitié du XIXe siècle qu'ils exagèrent en ce sens et opposent, beaucoup plus qu'il ne le fallait à ce point de vue, ce qui se passe dans la rougeole avec ce qui survient dans la scarlatine. Aussi, la plupart d'entre eux n'ajoutent pas beaucoup aux travaux de leurs devanciers ; la quantité de matériaux utilisables que l'on peut tirer de la lecture des nosologistes de l'époque est assez maigre. Ainsi Grisolle (*Traité élémentaire et pratique de pathologie interne*, 1 vol., p. 105, 1844) signale les perturbations pharyngées de la rougeole, mais sans y insister. « A ces symptômes, dont l'intensité varie, se joignent, le deuxième jour, des signes d'inflammation du côté de plusieurs membranes muqueuses. Ainsi les conjonctives sont injectées, rouges et il y a du larmoiement, les fosses nasales laissent échapper un fluide séreux; elles sont le siège d'un prurit incommode qui excite l'éternuement. *Quelques malades accusent un léger mal de gorge*, et presque tous se plaignent d'oppression, de douleur sternale, etc. » Il mentionne l'énanthème guttural, mais non sa précocité. « Dans les cas où il existe de la douleur et de la sécheresse à la gorge, l'inspection de cette partie fait souvent constater, ainsi que sur toute la membrane muqueuse du palais, une éruption absolument semblable à celle des téguments. » Ainsi que la plupart des auteurs contemporains, il admet une forme du mal sans détermination catarrhale du côté des muqueuses. « Il est des rougeoles dans le cours desquelles on n'observe point d'affection catarrhale des muqueuses, c'est-à-dire l'ophtalmie, le coryza, *l'angine* et surtout la bronchite. » Les complications auriculaires ne sont signalées ni au cours de la maladie, ni pendant la convalescence.

Rilliet et Barthez sont un peu plus explicites sur les accidents pharyngés. Non seulement ils ont vu la dysphagie prendre un certain degré d'intensité sous l'influence d'amygdalites parfois assez marquées, mais ils ont rencontré dans un cas des lésions diffuses du pharynx. A l'autopsie, on constata une vaste inflammation de cette cavité, s'étendant à peine au larynx et consistant dans une rougeur vive avec ramollissement et formation de plusieurs ulcérations.

Valleix a observé une réaction exagérée de la gorge dans la période d'invasion de la rougeole. « Parfois le pharynx est aussi enflammé et il en résulte de la chaleur, de la sécheresse de la gorge, une constitution du pharynx qui incommode beaucoup les malades. Ce n'est que dans les cas particuliers, dont il sera fait mention plus loin, que les ganglions maxillaires se tuméfient sous l'influence d'une pharyngite violente. » Le description de l'énanthème comme de l'exanthème est empruntée à Guersant et Blache. Cependant il signale, à propos de l'éruption au niveau des muqueuses, l'intéressant travail de Helft sur la desquamation de l'épithélium au cours de la rougeole (*J. für Kinderkrankheiten*, 1843). Il conclut, comme ce dernier, que l'énanthème accompagne et même précède l'exanthème ; il émet le désir que « ces recherches intéressantes soient reprises par d'autres observateurs » Les gangrènes de la bouche et du pharynx sont décrites brièvement, d'après Rilliet et Barthez. Puis, parlant des stomatites intenses qui viennent parfois compliquer cette maladie, il ajoute : « Une inflammation semblable se montre parfois dans le larynx et le pharynx, et, dans une épidémie de rougeole des Enfants Trouvés, j'ai vu un nombre considérable

des enfants affectés succomber par suite du croup. Les mêmes remarques ont été faites dans d'autres épidémies, et l'on a vu les productions pseudomembraneuses rester quelquefois bornées au larynx et aux bronches, mais plus souvent se montrer aussi dans le pharynx. »

Ces manifestations de la diphtérie secondaire avaient déjà du reste été signalées par quelques-uns de ses devanciers, notamment par Guersant (article Croup du *Dictionnaire en quarante volumes*) et par Rilliet et Barthez. Nous nous en sommes déjà occupé précédemment[1]. Voici ce qu'en dit Trousseau, dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu. « Dans quelques cas aussi, la rougeole peut être le point de départ de la diphtérite. Celle-ci prend généralement alors un caractère de *malignité*, soit qu'elle se développe sur les membranes muqueuses du vagin, dans les plis de la peau, là où l'enveloppe cutanée présente, chez les jeunes sujets, une si grande analogie avec les membranes muqueuses, soit qu'elle apparaisse, ce qui est le cas le plus fréquent, sur les membranes buccale, pharyngienne, nasale. »

Si les auteurs des traités de pathologie interne ne nous disent le plus souvent rien de bien intéressant sur notre sujet, il n'en est pas de même des épidémiologistes qui, comme ceux des époques antérieures, ont vu assez souvent, au moins au cours de certaines épidémies et principalement dans ce qu'on appela longtemps la forme sthénique de la rougeole, des amygdalites d'une certaine intensité. Ainsi Chabrier, qui s'est fait historien de l'épidémie qui sévit à Montpellier pendant l'hiver de 1858-1859, nous apprend que, « d'une manière générale, l'invasion de ces rougeoles était prompte et les

1. Voir Diphtérie, 4e vol. de cet ouvrage.

symptômes de catarrhe très prononcés. Les yeux étaient larmoyants, la voix enrouée, *l'angine assez violente, avec engorgement des ganglions sous-maxillaires.* »

Même à une époque assez rapprochée de nous, le silence relatif sur les complications pharyngées de la rougeole continue. Voici ce que dit Desnos. « Moins importante, plus accidentelle encore est l'angine pharyngée de la rougeole dont les principaux phénomènes congestifs se passent dans le larynx, de même que dans la scarlatine ils avaient, de préférence, l'arrière-gorge pour théâtre. Le plus ordinairement l'éruption morbilleuse se répète dans la bouche et le pharynx sans amener ni gonflement, ni douleur. *C'est par exception qu'elle donne lieu à une phlegmasie bien accusée avec douleur à la déglutition, fétidité de l'haleine. Jamais ou presque jamais la tuméfaction des amygdales ne s'accompagne de fausses membranes. Rarement la congestion rubéolique de la gorge détermine un léger œdème de la luette* (Rilliet et Barthez). Ce n'est point, du reste, de cette angine que dépendent les accidents redoutables de la rougeole. C'est du côté du larynx, des bronches, que vient le danger. »

Peter n'est pas plus explicite. Il se contente de dire, après avoir cité avec doute l'opinion de Heine et de d'Espine, à propos de la *précocité* de l'énanthème pharyngo-buccal sur lequel nous reviendrons plus loin : « Quoi qu'il en soit, le pharynx se recouvre d'une rougeur assez vive qui s'étend sur le voile du palais, les piliers et les amygdales. » Pour le reste, il s'en tient aux données de Rilliet et Barthez. Cependant, utilisant ses travaux antérieurs sur la diphtérie secondaire, il rappelle que celle-ci est surtout une complication de la convalescence, beaucoup plus que de la période d'état.

Lasègue[1] convient, ainsi que la plupart de ses contemporains, que les déterminations pharyngées de l'affection sont, en somme, d'un intérêt plutôt théorique que clinique. « L'angine figure à peine comme un élément très secondaire dans la description de la rougeole. C'est, en effet, moins par lui-même que par les éclaircissements qu'il fournit sur d'autres affections angineuses, que le mal de gorge de la rougeole mérite de fixer l'attention ». Néanmoins il ne faudrait pas exagérer en ce sens. « Cependant, dit-il, après avoir écrit la phrase précédente[2], si au lieu de se borner à en mentionner l'existence, on étudie l'angine morbilleuse avec plus de soin, on acquiert la conviction qu'elle n'est pas dépourvue d'importance et que tout au moins elle doit entrer pour une part dans la maladie dont elle est une des expressions. » Après avoir insisté sur la précocité de l'énanthème auquel nous consacrerons plus loin un paragraphe spécial, il montre que, si la rougeole comme la scarlatine débute par la gorge, néanmoins d'assez profondes différences se voient entre les déterminations pharyngées des deux affections. « La scarlatine a pour siège de prédilection la région de l'isthme. C'est là que l'éruption se concentre au début. C'est de là qu'elle s'irradie dans son second stade, pour atteindre les ganglions et le tissu cellulaire ; c'est encore au niveau des piliers et des amygdales que s'accomplissent les plus dangereuses transformations de la maladie. L'éruption scarlatineuse n'a aucune tendance à

1. C'est Lasègue qui a certainement le mieux décrit l'angine morbilleuse, dont il fait ressortir les symptômes et l'évolution avec une exactitude tout à fait remarquable.

2. On connaissait encore assez mal les complications gangreneuses et surtout les otites, bien que Triquet et Trousseau les aient signalées, ainsi qu'on le verra plus loin.

se propager aux fosses nasales, le larynx reste toujours indemne, sauf dans les cas très exceptionnels où le croup laryngé s'est développé tardivement. La scarlatine, malgré l'intensité des lésions gutturales, ne figure pas plus au nombre des causes de la surdi-mutité [1] que parmi les antécédents de la phtisie. Sa sphère est exactement limitée dès la première période, et quelque tumultueux que soient les accidents du second stade, ils ne s'étendent pas au dela du domaine assigné à l'énanthème primitif. La rougeole envahit d'emblée l'arrière-gorge, le nez, les paupières, le larynx et les bronches. L'éruption initiale s'étend à la fois à toutes ces régions avant d'avoir atteint la peau. Les lésions consécutives n'ont pas d'autres limites ; elles surviennent partout où l'éruption avait pour ainsi dire préparé le terrain. » Les différences topographiques ne feraient du reste que s'ajouter à des dissemblances encore plus importantes. « Non seulement les altérations secondaires de la rougeole diffèrent de celles de la scarlatine par leur distribution géographique, mais elles ne s'en éloignent pas moins par leur *nature, leur mode d'évolution* et leurs conséquences ultimes. Le système lymphatique si profondément atteint par la scarlatine n'est presque jamais lésé dans la rougeole. Les ulcérations morbilleuses les plus graves n'exercent que peu ou point d'influence sur le système lymphatique. Leur marche se rapprocherait plutôt de celle des ulcères phagédéniques. Les *amygdales*, au contraire, participent essentiellement à l'affection ; *elles augmentent de volume*, et restent souvent *tuméfiées et irritables*. Autant la scarlatine avait de véhémence, de tumulte et de désordre à

1. L'otite scarlatineuse, moins fréquente que la rubéolique, est cependant très destructive, comme le démontrent les travaux ultérieurs.

ses premières comme à ses secondes manifestations, autant la rougeole est *insidieuse et tenace*. Le scarlatineux qui a franchi heureusement une angine de peu de semaines est de ce côté préservé de toute crainte pour l'avenir [1]. Le morbilleux réputé guéri peut garder des lésions qui se *perpétuent et qui s'aggravent pendant des mois et des années*. Les reliquats de la rougeole sont tellement nombreux et variés, ils sont soumis pendant leur longue évolution à tant de complications ou d'incidents que j'ai dû renoncer à en poursuivre l'exposé, même en le restreignant aux désordres des membranes muqueuses de la gorge et des cavités voisines. Le médecin qui voudrait écrire une histoire complète de la rougeole, en ne bornant pas, comme d'habitude, son enquête à la phase éruptive, en ne la circonscrivant pas, comme j'ai dû le faire, dans une région limitée, et en prolongeant indéfiniment l'observation des malades, aurait à dérouler un des tableaux les plus saisissants de la pathologie [2]. »

Voici la description qu'il donne de l'énanthème avant l'apparition de l'éruption cutanée: « L'enfant ou l'adulte, car, dans cette maladie, l'influence des âges est peu marquée, se plaint, outre le malaise général, d'empâtement à la bouche, d'un peu de chaleur, et de sécheresse de l'arrière-gorge, et encore n'en parle-t-il le plus souvent que si on l'interroge. En examinant la gorge avec soin, et

1. Ici encore, Lasègue, qui a raison dans la majorité des cas, exagère un peu, la scarlatine pouvant être elle aussi une cause d'hypertrophie amygdalienne, quoique bien moins souvent que la rougeole.

2. Beaucoup de ces enfants restent longtemps arrêtés dans leur développement, chétifs, comme cela s'observe dans nombre d'autres maladies infectieuses. Il y a une tendance spéciale aux catarrhes (reliquats ?), sans compter que les végétations adénoïdes subissent une poussée ou même sont créées de toute pièce ; celles-ci font sentir ensuite leur influence néfaste bien connue. Trousseau avait déjà insisté sur la persistance du catarrhe de la conjonctive.

chacun sait combien il est rare qu'on procède en pareil cas à cette inspection, on constate une rougeur inégalement répartie, avec sécheresse de la paroi visible du pharynx. Les piliers antérieurs et le voile du palais sont souvent d'un rouge ardent. Sous ce rapport, la rougeole diffère de la scarlatine, qui épargne habituellement le pharynx, elle se rapproche au contraire des angines catarrhales aiguës ou chroniques destinées à se propager au nez et au larynx et qui occupent aussi la paroi pharyngée postérieure. La langue est déjà blanche au centre, étalée, pateuse, lente à se mouvoir ; le nez est sec. Le lendemain, la sensation désagréable de la langue a cessé ou plutôt elle semble avoir disparu parce que les fosses nasales sont plus vivement atteintes [1]. Partie du pharynx, l'éruption morbilleuse se propage aux narines, d'une part, et au larynx, de l'autre, mais le pharynx reste plus ou moins rouge et cependant d'une coloration plus pâle que dans la scarlatine, dans les angines rhumatismales et érysipélateuses. Néanmoins dans certaines épidémies, où l'éruption cutanée est précoce, ardente, d'une confluence exceptionnelle, la rougeur est d'une teinte si cramoisie, que c'est un motif de plus d'incertitude pour le médecin qui hésite à diagnostiquer une rougeole ou une scarlatine. » Lasègue a parfaitement vu que cet érythème, *encore sans caractère bien précis*, se cantonne à la face postérieure du pharynx. Ceci s'explique assez aisément aujourd'hui, puisque nous savons que, suivant un certain nombre

1. Il semble qu'il y ait, dans la perception sensitive du cerveau, des limites et que, si plusieurs points de l'organisme sont irrités, ces diverses sensations se font du tort au point de vue de l'intensité de leur perception. Il faut ajouter aussi qu'une nouvelle phlegmasie a sur l'ancienne un rôle dérivatif parfois très évident, sur lequel est basée la pratique des abcès artificiels de fixation du professeur Fochier, de Lyon.

d'auteurs allemands, la rougeole, comme la scarlatine, s'inoculerait d'abord au niveau de l'amygdale pharyngée et de la voûte du cavum, se propageant de haut en bas par les parois latérales peu visibles et par la paroi postérieure plus accessible à l'inspection. « Même dans ces cas (de rougeur intense), dit-il, le plancher postérieur du pharynx est de beaucoup plus affecté que l'isthme du gosier et c'est un caractère distinctif que l'on ne doit pas négliger. » Plus tard, l'éruption pharyngée qui coïncide alors avec l'exanthème cutané se précise. Voici ce que Lasègue a observé au deuxième stade : « Si au lieu de se contenter de signes fournis par le coryza, par la toux, par le larmoiement, on poursuit jour par jour l'examen de la gorge, on reconnaîtra que cette phlegmasie réputée catarrhale est de nature éruptive [1]. Les piliers ont participé à l'érythème, ainsi que les amygdales ; le voile du palais est devenu le siège d'une éruption évidente qui s'étend jusque sur la voûte palatine ». La salive visqueuse qui recouvre quelquefois ces parties étant détergée par une lotion avec de l'eau pure, on verrait distinctement les papules d'un rouge mat. « L'arrière-gorge est sèche, luisante ou veloutée, et ce n'est en général au plus tôt que le surlendemain de l'apparition de l'exanthème que la membrane muqueuse tend à reprendre sa couleur normale. Si on consent à continuer un examen attentif et répété de la gorge pendant les trois premiers jours de l'éruption, c'est-à-dire à une époque où le diagnostic ne prête plus au doute, on se

1. Lasègue croyait que beaucoup de maladies générales ont leurs manifestations les plus précoces du côté de la gorge (rhumatisme, goutte, accidents secondaires de la syphilis, fièvres exanthématiques, etc.) ; il distingue soigneusement ces symptômes gutturaux, qu'il attribue à une éruption, du catarrhe inflammatoire vulgaire.

convaincra de l'apparence toute spéciale que présente la muqueuse. A cette époque l'éruption moindre à la gorge est plus confluente sur la voûte palatine. *Le plus souvent la forme de l'exanthème cutané est en conformité avec elle*; on observe des taches inégales, de forme variée, lorsque la rougeole est papuleuse. On trouve au contraire des saillies sensibles au doigt et très distinctement visibles à l'œil quand la rougeole a ce qu'on est convenu d'appeler le caractère boutonneux. Je me rappelle, chez une fille de huit ans qui n'eut que quelques boutons de rougeole à la face *avec des symptômes angineux très prononcés*, avoir vu des plaques disséminées occupant la voûte du palais et tellement saillantes qu'elles donnaient au toucher la sensation de véritables pustules».

Insistons, maintenant, sur un des points les plus importants de l'histoire de la rougeole, la *précocité de l'énanthème*. Elle semble avoir été entrevue d'abord par Heine et d'Espine. Suivant ces auteurs, l'éruption pharyngée serait antérieure à celle de la peau, de vingt-quatre à quarante-huit heures, dans la grande majorité des cas. L'énanthème se montrerait d'abord à la voûte palatine. Rilliet et Barthez se livrèrent à des recherches sur ce sujet, et, chose assez surprenante pour des observateurs aussi distingués, conclurent par la négative. Helft, dans son mémoire sur la desquamation de l'épithélium, admet au contraire que l'énanthème est pour le moins contemporain de l'exanthème, mais que souvent il le précède. Valleix, citant l'auteur allemand et ses contradicteurs, demande de plus amples informations sur un sujet si intéressant. Moynier pense que l'assertion de Heine et de d'Espine est controuvée. Lasègue, comme on l'a vu précédemment, croit bien à une rougeur diffuse primitive de

la paroi postérieure du pharynx, mais il ne décrit d'éruption spéciale qu'au deuxième stade. Lévêque, dans sa thèse sur les complications de la rougeole, affirme qu'on doit conclure à l'antériorité de l'énanthème. Girard, de Marseille, donne au phénomène une plus grande valeur, en soutenant que, sept à huit jours avant l'éruption cutanée, il avait constaté, dans un très grand nombre de cas, sur la muqueuse du voile du palais, laquelle conserve sa coloration normale dans les espaces libres, un pointillé rouge qui persiste jusqu'au moment de l'éruption, se confond alors avec l'angine rubéolique et disparaît avec elle trois ou quatre jours après l'apparition de l'exanthème. Rappelant des faits observés au cours d'une petite épidémie de rougeole dont il a été témoin, il dit en effet : « Dans un cas j'ai observé un *pointillé rouge* ayant son siège sur le *voile du palais*, occupant tout ce voile dont la membrane muqueuse a l'aspect normal. Cette éruption devient de plus en plus évidente à mesure qu'on approche du jour de l'éruption. *Ce pointillé, j'en ai constaté l'existence dans tous les cas où appelé dans un moment opportun, j'ai pu le rechercher. Je l'ai vu dans trois cas avant qu'aucun symptôme pût faire supposer la rougeole.* » A la séance de l'Académie de médecine où eut lieu cette communication, divers orateurs prirent la parole à ce sujet. « Le pointillé rouge du palais, dit Champouillon, au début de la rougeole n'est pas de constatation récente, et j'ai souvenir qu'à l'époque où je passais un examen de doctorat, en 1835, Casimir Broussais me reprocha d'avoir omis d'indiquer ce pointillé parmi les caractères initiaux de la rougeole, mais il n'en spécifia pas la date d'apparition. » A Dumontpallier qui lui demandait de préciser, Girard répondit : « Du cinquième

au sixième jour après le contact rubéolique, sept à huit jours avant l'éruption cutanée par conséquent, on constate à la surface de la muqueuse du voile du palais, laquelle conserve la teinte normale dans les parties laissées libres, un pointillé rouge qui persiste jusqu'au moment de l'éruption, etc. » Comme on le voit, l'auteur a confirmé de nouveau avec la plus grande netteté ses affirmations précédentes. Disons que les observations ultérieures sont loin de toujours concorder avec les siennes ; mais le fait de l'antériorité de l'énanthème sur l'exanthème, rappelé à nouveau par Brouardel, puis par divers auteurs allemands, est absolument hors de doute, au moins dans la grande majorité des cas.

Les *complications auriculaires* des fièvres en général et de la rougeole en particulier ont été signalées de bonne heure par plusieurs otologistes français. En 1849, Triquet, étudiant les lésions de l'oreille au cours des exanthèmes fébriles et de la fièvre typhoïde, mentionne quelques faits relevant de la rougeole ; mais c'est Trousseau[1] qui le premier attira sérieusement sur ces otites l'attention du public médical, dans une leçon faite en 1850. Voici ce qu'il rapporte dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu.

« Je vous ai dit que la rougeole pouvait déterminer une *otite* ; celle-ci n'est ordinairement que catarrhale[2]. Mais il peut arriver que l'inflammation se propage du conduit auditif externe à l'oreille moyenne[3] et de celle-

1. Il ne faut pas oublier que Triquet était un élève de Trousseau.

2. Les nosologistes avaient depuis longtemps signalé le catarrhe de la trompe et même de la caisse au cours des angines aiguës (voir ce paragraphe).

3. Rappelons que, suivant Kramer, alors tout puissant, les otites moyennes étaient surtont le fait d'une myringite propagée ; d'ailleurs il déclarait rares ces inflammations de la caisse.

ci *aux cellules mastoïdiennes et au rocher*[1]. Alors la gravité de la situation est tout autre; car la carie du rocher peut entraîner la formation d'*abcès du cerveau*, et celle des cellules mastoïdiennes produire l'*infection*. Gosselin a trouvé que, de toutes les causes de l'infection purulente, la suppuration du tissu osseux, ou, mieux, la *phlébite osseuse*, était la plus active; et cette condition est réalisée dans l'inflammation des cellules mastoïdiennes et même du rocher. Je dois à mon élève, le docteur Peter, la communication d'un bel exemple de cet accident. Le 3 avril 1865, il fut appelé en consultation à Boigneville pour voir un enfant d'une douzaine d'années qui se mourait des suites d'une rougeole contractée dans un collège de Paris. Il était en convalescence quand ses parents le rappelèrent à eux. Il n'avait conservé de sa rougeole qu'une inflammation de l'oreille gauche, d'où s'écoulait en abondance un pus verdâtre et d'odeur extrêmement fétide. Six jours avant la consultation de Peter, il avait été pris d'un frisson très violent, suivi bientôt après d'une douleur dans l'articulation scapulo-humérale droite, douleur aussi intense que subite. A partir de ce moment l'enfant garda le lit, perdit l'appétit, eut chaque jour des paroxysmes fébriles avec frissons répétés. Quatre jours après l'apparition de la douleur de l'épaule, une souffrance de même nature se manifesta dans l'articulation coxo-fémorale droite. Enfin, quand Peter vit le malade, il présentait une tuméfaction énorme de la région de l'épaule et de la hanche, avec empâtement œdémateux de la poitrine, du ventre et de la cuisse, au voisinage des articulations envahies. Tout mouvement spontané de celles-ci était impossible, tout mouvement com-

1. Triquet avait insisté sur ces lésions osseuses.

muniqué était affreusement douloureux. Il y avait une fièvre véhémente, cent-soixante pulsations à la minute, de la dyspnée, des râles fins disséminés dans la poitrine, un subdélire continuel. Mais de plus, il y avait de l'ictère, dont on ne s'était pas préoccupé et dont on ne pouvait pas préciser la date. La percussion du foie, pratiquée alors, permit de reconnaître deux choses, à savoir, qu'il était notablement augmenté de volume et très douloureux en certains points.

« Rapprochant cet ictère de cet état du foie, cet état du foie des lésions articulaires, ces lésions articulaires des douleurs qui les avaient précédées et des frissons répétés qui les accompagnaient, Peter conclut à une infection purulente avec abcès métastatiques dans le foie, peut-être dans les poumons, certainement avec suppuration dans les articles. Quant au point de départ de cette infection, il n'hésita pas à le rapporter à l'otite profonde, à la carie du rocher ou des cellules mastoïdiennes. Tout motivait une pareille induction : la nature de la suppuration, son abondance, son excessive fétidité, sa brusque supression au moment où apparurent les frissons et les douleurs articulaires.

« Blache, appelé par les parents, fit le même diagnostic que Peter. Le petit malade succomba ce même jour.

« Je me rallie complètement à l'opinion de Peter ; je crois dans ce cas à une infection purulente, et je m'explique ainsi rétrospectivement certains accidents analogues que j'avais autrefois observés sans trop exactement m'en rendre compte. Soyez réservés dans votre pronostic quand vous verrez, à la suite de la rougeole ou de la scarlatine, une otite profonde se produire, et songez que l'inflammation, dans ce cas, n'est pas simple,

qu'elle doit à la fièvre éruptive une *gravité exceptionnelle*, et qu'elle apparaît dans un organisme altéré quelquefois profondément par cette maladie infectieuse. »

Moynier[1], étudiant dans un très intéressant travail les accidents de la rougeole, déclare nettement que les *inflammations otiques sont loin d'être exceptionnelles, comme le ferait supposer le silence des auteurs.*

« Nous avons vu que les pharyngites et les amygdalites étaient fréquentes et reconnues fréquentes par tous les auteurs dans la rougeole; aussi ne comprenons-nous pas pourquoi quelques auteurs regardent l'*otite* comme une complication très rare (Rilliet et Barthez) et pourquoi d'autres ne la mentionnent pas du tout.

« Nous avons vu un assez grand nombre d'otites simples ou suppurées survenir pendant la rougeole à la suite du coryza ou de la pharyngite. M. Gubler nous a communiqué l'observation suivante dont le sujet est un enfant de dix-sept ans qui, pendant une rougeole, eut un coryza.

« Pendant l'épidémie de rougeole qui a régné à Paris en 1857, les otites furent très fréquentes ; dans la clientèle de mon père et dans celle de plusieurs médecins que j'ai interrogés à ce sujet, il était très fréquent de voir le début de la rougeole se marquer par des douleurs d'oreilles qui n'étaient souvent que de l'otalgie, mais qui souvent, dépendaient d'une véritable otite. Voici, entre autres, un exemple pris chez les trois enfants de Mme de C...

« Le second fils de Mme de C... âgé de sept ans, fut pris, au mois de février 1857, d'ophtalmie, de toux, de coryza. Dès le surlendemain, l'éruption de la rougeole

1. Voir plus haut ce qu'il dit sur la précocité de l'énanthème qu'il nie.

se fit presque sur tout le corps. L'enfant était guéri, l'appétit se maintenait. Vers le huitième jour, l'éruption avait disparu en temps normal, lorsqu'on s'aperçut qu'il entendait moins bien de l'oreille gauche. L'amygdale de ce côté n'était pas gonflée, elle était un peu rouge. La surdité dura trois semaines.

« Quelque temps après, la sœur aînée, âgée de neuf ans, devint mal à son aise pendant plusieurs jours; toux sèche, gorge rouge, déglutition cependant facile. Cet état dura dix jours, alors elle fut prise de coryza, d'ophtalmie, et l'éruption morbilleuse se développa lentement; elle eut en même temps une douleur à l'oreille droite, douleur qui persista pendant quelques jours avec surdité et suintement puriforme. M. le Dr Ménière fut consulté et il conseilla des injections dans le conduit auditif externe et l'application d'un vésicatoire derrière l'oreille. Guérison en trois semaines.

« Le troisième enfant de Mme de C..., âgé de quatre ans, fut atteint de la rougeole comme ses aînés étaient convalescents, il eut également une surdité qui guérit en trois semaines.

« Mlle Jeanne B..., âgée de neuf ans, fut prise, en mars 1857, d'une rougeole en récidive ; elle l'avait eue l'année précédente, bénigne, régulière, sans complication.

« En 1857, sa mère avait réuni à dîner M. Ferrus, mon père et moi, l'enfant se plaignait d'être souffrante, n'avait pas d'appétit, toussait, et les yeux étaient larmoyants.

« L'idée de la rougeole se présenta à notre esprit, mais elle fut écartée par le souvenir de la maladie de l'année précédente. Cependant les symptômes persistèrent et une rougeole très bien développée se déclara, pendant laquelle les oreilles furent le siège de douleur et de suintement

puriforme ; les douleurs et le suintement ont disparu au bout de peu de temps, mais la surdité a persisté pendant plus d'une année. Ainsi donc, l'otite n'est pas une complication rare de la rougeole, et nous pensons que si on y apportait plus d'attention, on en trouverait plus souvent. L'otite débute du troisième au huitième jour de l'éruption.

« Les symptômes sont faciles à reconnaître ; cependant lorsqu'elle se développe chez de jeunes enfants qui ne peuvent pas s'expliquer sur le siège de la douleur, la maladie peut être méconnue ; et les accidents marchent et deviennent des complications sérieuses. L'excès de la douleur produit le délire, de l'agitation, des convulsions même, la fièvre augmente, sans que cet appareil formidable de symptômes semble avoir une raison d'être, lorsqu'on n'en est pas prévenu. Aussi lorsque l'enfant est libre du travail de la dentition, et lorsqu'on ne constate aucune fluxion du côté de la bouche, lorsqu'en examinant le malade avec soin, on ne trouve ni hernie, ni aucune cause apparente capable d'expliquer les cris continuels, on peut croire à une otite et presque toujours, trente-six ou quarante-huit heures après, ces prévisions sont confirmées par la suppuration qui se fait jour à l'orifice extérieur de l'oreille.

« L'otite est caractérisée par une rougeur assez vive de la membrane qui tapisse le conduit externe de l'oreille ; cette rougeur est accompagnée d'une tuméfaction médiocre, par des bourdonnements d'oreille et de la surdité. Après un certain temps qui varie de quelques heures à deux ou quatre jours, il survient un écoulement par le conduit auditif externe, séreux ou plus souvent jaunâtre ou verdâtre, épais, exhalant une odeur fétide. L'otorrhée

persiste pendant un temps variable, environ six semaines. L'otite s'accompagne de céphalalgie, et quelquefois des abcès se développent. Les deux oreilles peuvent être malades, ou une seule, ou l'une d'abord, puis l'autre.

« Dans l'otite de l'oreille moyenne, la douleur est extrêmement vive, les cris sont violents, les enfants n'ont pas un moment de tranquillité, tous les mouvements paraissent exaspérer la douleur.

« L'enfant semble soulagé lorsqu'il est couché du côté malade, la tête appuyée sur un coussin, et toutes les fois qu'on veut lui faire changer de position, il pousse des cris. La mastication exaspère la douleur.

« Lorsque l'inflammation se termine par suppuration, la douleur persiste aiguë, jusqu'à ce que la membrane du tympan ait été rompue par la suppuration qui s'écoule, ce qui soulage les malades. On reconnaît cette rupture parce qu'en faisant souffler les malades, l'air passe par l'oreille. Quelquefois le pus s'échappe par la trompe d'Eustache et tombe dans l'arrière-gorge. Il peut dans quelques cas se développer une phlegmasie des méninges du cerveau. Il reste souvent, mais pas nécessairement, de la surdité et nous avons cité un exemple d'ouïe conservée malgré la perforation de la membrane du tympan ; les auteurs en ont cité plusieurs. La surdité, cependant, peut persister pendant un temps assez long, nous l'avons vue durer près d'une année.

« MM. Rilliet et Barthez ont recueilli une observation d'otite aiguë, accompagnée de symptômes cérébraux, chez un enfant de treize mois. L'état cérébral était caractérisé par des mouvements saccadés des extrémités supérieures, une légère convulsion des globes oculaires, des cris aigus, l'enfant paraissait éprouver une vive souffrance.

Ces crises douloureuses se répétaient plusieurs fois par jour, elles duraient quatre à cinq minutes. Elles disparurent au moment où l'écoulement purulent se manifesta. La suppuration établie, le pus continue à s'écouler plusieurs jours, puis de moins en moins, puis la suppuration se tarit et il y a guérison.

« Quelquefois l'otite passe à l'état chronique ; il faut alors soupçonner une otite profonde résultant d'une affection des os ; l'écoulement est fétide, il dure plusieurs semaines, disparaît pour reparaître, et ainsi pendant des mois et des années. Dans ce cas, il y a surdité plus ou moins complète.

« On voit que le pronostic est sérieux. D'abord la douleur amène de la fièvre, de l'insomnie, de l'agitation, du délire, des convulsions ; les méninges peuvent se prendre, la rupture du tympan aggrave le pronostic à cause de la surdité qu'elle peut entraîner ; enfin les écoulements purulents sont souvent un signe d'ulcération de la muqueuse, de carie, de nécrose des os, etc. »

A côté de cette otite, Moynier décrit l'otalgie. Au point de vue de la pathogénie de ces souffrances d'oreille qui seraient parfois fort vives, il écrit : « S'agit-il d'une simple douleur ? N'est-il pas quelquefois au moins un état d'irritation ou de congestion des membranes qui recouvrent les cavités auriculaires ? » Voici l'allure du symptôme. « Quoi qu'il en soit, la maladie est caractérisée par une douleur presque toujours très vive, qui se déclare tout à coup, atteint au maximum d'intensité et après avoir duré une heure ou deux heures cesse brusquement, soit pour disparaître définitivement, soit pour se manifester de nouveau. » Il a vu des enfants, qui en étaient atteints le soir, en guérir complètement le lendemain.

b) Déterminations pharyngées de la scarlatine

Lorsqu'on lit les admirables descriptions que nous ont laissées Morton, Huxham, Fothergill, Borsieri, qu'on les voit décrire si fidèlement par exemple l'aspect divers des phénomènes angineux, qu'on remarque qu'ils ont parfaitement entrevu les formes légères, pultacées, sans érythème, diphtériques, septiques et gangreneuses, il semble qu'il faille ici encore redire que leurs successeurs n'avaient plus qu'à glaner dans un domaine où ils avaient su récolter de si riches moissons. Cependant, si cette pensée décourageante est justifiée jusqu'à un certain point pour la rougeole et surtout pour la variole, elle est loin d'être aussi vraie pour la scarlatine. A un examen plus attentif, on voit que souvent ils n'ont fait qu'effleurer le sujet, et que, d'autre part, ils n'ont pas su se garer d'une grave erreur, c'est-à-dire de la confusion de l'angine scarlatineuse maligne avec l'angine gangreneuse des auteurs espagnols et italiens du XVIIe siècle ; faute considérable, il est vrai, mais qui a des excuses telles que la disparition apparente de la diphtérie maligne à leur époque, la gravité extrême des symptômes scarlatineux pharyngés donnant aux malades l'aspect de typhiques comme du temps du garotillo de funeste mémoire, la coïncidence positive des deux affections diphtérie et scarlatine dans certaines épidémies, comme celle de Plymouth, l'absence de toute éruption cutanée dans bon nombre des angines scarlatineuses hypertoxiques, particularité qui avait vivement frappé les contemporains et qui tendait à donner à l'exanthème une valeur en quelque sorte secondaire sinon accidentelle.

Les auteurs du xixe siècle auront donc à séparer l'angine pultacée scarlatineuse de la diphtérie secondaire, à étudier les caractères qui séparent celle-ci de la diphtérie gutturale primitive, à décrire d'une façon plus complète les accidents gangreneux septiques et les complications auriculaires qui résultent de la propagation à la caisse du processus phlegmasique pharyngé.

Ce qui frappe chez les premiers écrivains à étudier, ceux qui sont les plus rapprochés de la période précédente, c'est qu'ils considèrent les différences d'aspect sous lesquels peut se présenter la scarlatine comme le résultat d'une fusion avec un autre élément morbide, en quelque sorte surajouté, élément sténique, adynamique ou putride, suivant les cas. Cette conception, dont on voit des traces dans la médecine grecque, qui a été plus développée par les Arabes [1], qui a survécu chez certains auteurs de la Renaissance et des temps modernes, se retrouve non seulement dans Stoll [2], mais encore dans Broussais, sous des transformations et des déguisements divers.

Hufeland, dans son *Manuel de médecine pratique*, est précieux à consulter à ce point de vue. « La scarlatine peut se compliquer de chacune des différentes espèces de fièvres, et devenir ainsi anormale. *La complication inflammatoire* est indiquée par l'intensité de la fièvre et de la chaleur, par des taches scarlatineuses proéminentes, une éruption générale, une angine violente et l'inflammation locale d'autres viscères internes; la *nerveuse* [3] par la pâleur, une peau froide, l'apparition incomplète et la

1. Notamment Avicennes. Aujourd'hui, on parle de virulence exagérée ou d'infections secondaires.
2. Voyez Sennert également.
3. L'adynamique des autres auteurs.

disparition de l'exanthème, des convulsions et l'apoplexie nerveuse, dont le prodrome est une *envie continuelle d'uriner*[1] ; la *putride* par une très grande faiblesse, une fièvre intense, des *hémorragies*[2], des évacuations colliquatives septicémiques, la rougeur bleuâtre de l'éruption, la présence de pétéchies, et surtout par une angine qui prend rapidement les caractères de l'angine gangreneuse. La plupart des angines gangreneuses appartiennent à cette scarlatine. »

Dans son *Manuel médical*, Nysten est assez bref sur le sujet. Après avoir signalé dans le premier stade la rougeur et la tuméfaction de la gorge, il mentionne l'existence assez fréquente, dans les cavités buccale et pharyngée, de l'énanthème ; quant à l'angine, « elle cesse avant la desquamation, ou se prolonge au delà. Elle se termine par la résolution, néanmoins elle passe quelquefois à l'état de gangrène et d'ulcération, surtout dans les cas de *complications avec la fièvre adynamique.* »

Thomas de Salisbury (traduction française de Cloquet, Paris, 1818) donne une assez bonne description des phénomènes angineux de la scarlatine, d'après Huxham et Forthergill. « Dans la scarlatine angineuse, le malade éprouve non seulement des frissons, mais encore une grande faiblesse, de la langueur, du malaise, symptômes qui sont suivis de chaleur, de nausées, de vomissements bilieux, de mal de gorge, d'inflammation et d'ulcérations des tonsilles, de la luette et du voile du palais. La respiration est précipitée et gênée ; le pouls vif, petit et déprimé. L'efflorescence n'amène aucun amendement, lors de son

1. Cette phrase montre bien qu'Hufeland, ainsi que quelques-uns de ses prédécesseurs, avaient vaguement entrevu les complications rénales.
2. Peter a bien pénétré la valeur de ce signe pour reconnaitre la diphtérie secondaire.

éruption, au contraire, de nouveaux accidents se déclarent et les anciens deviennent graves... Dès le début de la scarlatine angineuse, les tonsilles et la luette sont très enflammées, et bientôt cette inflammation est suivie de la formation d'escarres noires de trois à cinq lignes de diamètre, lesquelles se joignent les unes aux autres et produisent des ulcères gangreneux. L'haleine devient d'une fétidité insupportable. Le malade succombe souvent au bout de peu de jours, et lors même qu'il échappe à la mort, il a une convalescence lente et se trouve exposé à des gonflements œdémateux (anasarque?). Quelquefois il survient des tuméfactions des glandes sous-maxillaires et parotides, etc. Elles sont remarquables par la douleur qu'elles causent, et par le temps qu'elles emploient à suppurer (foyers intratonsillaires ou péritonsillaires?) »

D'autre part, la diphtérie secondaire scarlatineuse se devine aisément dans le tableau que l'auteur trace de la scarlatine maligne. « Le premier jour, les symptômes sont à peu près les mêmes que dans la variété précédente, mais ensuite le pouls devient petit, peu distinct et irrégulier. La langue, les dents et les lèvres se recouvrent d'un enduit brun ou noir. Les yeux sont rouges, sans couleur; les pommettes ont une teinte d'un rouge obscur; il y a *surdité*, délire ou coma; l'haleine est excessivement fétide; la respiration sifflante et laborieuse; l'arrière-bouche obstruée par des mucosités gluantes; la déglutition gênée, douloureuse, *le cou gonflé et livide*, la tête rétractée. On observe sur les tonsilles et les parties environnantes des ulcérations couvertes d'escarres noires et entourées d'une auréole livide, un écoulement âcre par les narines occasionne des gerçures et la formation de pustules autour du nez et des lèvres. Le fluide

qui est ainsi évacué est d'abord limpide, mais ensuite il devient épais et jaunâtre. Ordinairement, l'éruption se fait d'une façon incomplète, excepté un petit nombre de taches irrégulières. Toutes d'ailleurs acquièrent bientôt une teinte obscure ou d'un rouge livide. Elle paraît tard, varie beaucoup dans sa durée, et est souvent entremêlée de rechutes. Quelquefois elle se dissipe subitement peu d'heures après son apparition et revient de nouveau deux ou trois jours ensuite. »

Nous avons fait ressortir, dans le volume II de cet ouvrage, que les nosologistes du XVIIIe siècle distinguaient une scarlatine ordinaire et une *scarlatine angineuse*, où les symptômes pharyngés prenaient une intensité toute particulière et à laquelle pouvait manquer l'exanthème.

BAYLE, dans son *Traité de pathologie*, en donne une assez bonne description, suivant les idées du temps. « *L'angine existe dans toutes les espèces de scarlatines* [1], mais, dans l'espèce qui fait le sujet de l'article, l'inflammation du pharynx est beaucoup plus grave que dans les autres, de là le nom qu'on lui a donné.

« Elle débute par des lassitudes, de la céphalalgie, une raideur des muscles du cou et de la mâchoire inférieure, une voix rauque et des frissons auxquels succèdent une grande chaleur et une forte accélération du pouls. Le second jour, le pharynx et toutes les parties de la bouche sont d'un rouge vif, les amygdales sont tuméfiées, la déglutition est très difficile et douloureuse. Bientôt les piliers antérieurs du voile du palais, les amygdales, le pharynx se couvrent d'un fluide blanchâtre, épais et vis-

1. Tous n'adoptaient pas cette idée, se rappelant que Sydenham, dans l'histoire qu'il donne de l'épidémie très bénigne dont il avait été témoin, mentionne à peine les symptômes gutturaux.

queux, ou de grumeaux de *matière pultacée et jaunâtre, grisâtre* ou *blanchâtre, qui forment par leur réunion des espèces de croûtes molles, faciles à enlever*. Le pouls est très fréquent et peu développé, la chaleur est ardente. Il y a en même temps des nausées ou des vomissements, une toux sèche, de la dyspnée, des éternuements ; l'éruption ne paraît souvent que le troisième jour ; les taches sont isolées et éparses sur la surface du corps ; ordinairement la face et les doigts sont très enflés. La desquamation est moins prompte que dans la scarlatine simple. Elle peut se prolonger jusqu'au vingt-et-unième jour, lorsque la maladie est très prononcée. La scarlatine angineuse peut se compliquer de *méningite* et de *pneumonie*. »

Dans le *Dictionnaire en 60 volumes*, Jouin de Saint-Just donne une bonne description des phénomènes angineux de l'affection. Il les répartit en deux classes, suivant qu'ils appartiennent à la scarlatine normale ou au contraire à la scarlatine anormale. La première se distinguerait simplement par de la rougeur intense, un certain degré de tuméfaction, notamment du côté des amygdales, du voile et des piliers, une dysphagie le plus souvent modérée, de la sécheresse de la gorge au moins dans le premier temps ; puis ces phénomènes, qui existeraient dès le début, ne tarderaient pas à s'atténuer et à disparaître vers la fin de l'éruption qui est régulière ou au moment de la desquamation.

Tout autre serait l'allure de l'angine que l'on voit dans les scarlatines anormales, et dont il fait ressortir en un relief un peu exagéré le caractère inflammatoire, ou, mieux, sthénique, pour employer une expression de l'époque, mise à la mode par Brown.

« Au lieu de se terminer toujours heureusement comme la précédente, celle-ci est au contraire souvent mortelle. C'est elle que l'on voit régner épidémiquement ; c'est elle que Cullen et la plupart des auteurs ont appelée scarlatine anormale, scarlatine angineuse, scarlatina cynanchica, scarlatina anginosa. Elle débute par une fièvre aiguë, une chaleur mordicante à la peau, une céphalalgie accablante, une soif inextinguible et un sentiment de constriction et de sécheresse dans l'arrière-bouche ; l'éruption a lieu, mais elle a lieu plus tard qu'à l'ordinaire, le troisième et quelquefois même le quatrième jour ; les taches ont une couleur moins prononcée, elles disparaissent bientôt, pour reparaître ensuite, quelquefois pour toujours, d'autres fois pour quelques heures seulement. La peau est brûlante ; le pouls bat de cent trente à cent trente-cinq fois par minute chez les enfants et à cent vingt chez les adultes; la déglutition devient sinon impossible, au moins très difficile, très douloureuse ; il se forme des escarres gangreneuses sur les amygdales singulièrement gonflées ; tout annonce une inflammation excessive, non seulement des membranes muqueuses des voies digestives, mais de tout le système circulatoire lui-même ; on voit battre les carotides ; les yeux sont très rouges ; la physionomie est inquiète, effrayée ; le volume de la face paraît augmenté ; elle est rouge partout. Bientôt, si on n'y porte promptement remède, le désordre s'établit dans les fonctions intellectuelles ; le coma alterne avec l'agitation ; il y a dyspnée, suffocation ; la langue est plus grosse que dans l'état naturel, quelquefois tremblante, presque toujours sèche et âpre ; les dents se couvrent d'un enduit fuligineux, de même que les lèvres ; les forces s'affaiblissent ; la desquamation ne s'effectue pas ou ne s'effectue qu'in-

complètement et par parties. Souvent le malade expire au milieu des souffrances les plus aiguës ; d'autres fois il languit pendant longtemps et s'il revient à la vie, c'est à force de soins et en suivant un bon régime. »

A l'étranger, les traditions du XVIIIe siècle continuèrent, plus encore qu'en France, à se perpétuer. Ainsi NEUMANN s'en tient encore à la conception de l'angine gangreneuse d'après Fothergill. Il admet, comme certains épidémiologistes antérieurs, qu'il existe une sorte de balancement, entre les manifestations buccopharyngées et celles de la peau, de telle sorte que les unes seraient en raison inverse des autres, à moins qu'il ne s'agisse de la variété aphteuse. A propos de cette dernière, l'auteur fait remarquer qu'elle ne s'atténue pas avec l'apparition de l'exanthème, et que sa durée peut se prolonger assez notablement par des poussées successives Les traités allemands de la même époque soutiennent des idées analogues. Ce n'est que, vers 1840, lors de l'apparition du traité de Baumgarten et celle du Compendium médical anonyme rédigé d'après les meilleurs auteurs, que les idées de Bretonneau commencèrent à se faire une certaine place.

Même situation en Angleterre, où les doctrines de l'école de Tours furent assez lentes à s'imposer. Nous nous sommes longuement étendu sur ce sujet dans le chapitre consacré à l'angine diphtérique. Contentons-nous ici de signaler l'excellente description que Guersant a donnée de la diphtérie secondaire scarlatineuse, dont il a fait ressortir la gravité extrême, l'allure typhoïde, les hémorragies nasales, l'intensité de la réaction locale. Rappelons que, contrairement à ce qu'il affirme pour la diphtérie primitive, il n'hésite pas, à propos de cette variété, à admettre la possibilité des lésions gangreneuses. Mentionnons enfin Rilliet et Barthez, ainsi que Peter.

En relatant avec un talent clinique et une minutie d'observation dignes d'éloge l'épidémie d'angine scarlatineuse d'Angers, Guérétin fit faire un grand pas à l'étude des complications diphtériques. Il se trouva en présence de pharyngites légères probablement pultacées ; mais, à côté de celles-ci, il existait, dans les formes moyennes et surtout dans les formes graves, des cas bien authentiques d'angine pseudomembraneuse. « On observait ces différences, dit-il, soit toutes les trois à la fois dans une même réunion de malades, soit deux d'entre elles, ou une seule, dans une habitation ou sur un point de la contrée ». Les déterminations gutturales n'envahirent que dans un cas le larynx. Ceci n'aurait point lieu de nous étonner, puisque, suivant Trousseau, la diphtérie scarlatineuse n'aime guère cet organe. Cette particularité frappa beaucoup l'auteur, qui s'efforça de la mettre en relief, ainsi qu'une malignité toute spéciale rappelant la peste dans la forme grave du mal. Entrons maintenant dans quelques détails sur ce mémoire qui attira l'attention des contemporains. Dans la *forme légère*, on aurait observé, en même temps que la dysphagie, une couleur rouge et diffuse, comme érysipélateuse, du voile, des piliers et du pharynx sans gonflement apparent. Il existait sur les tonsilles des taches blanches, comme floconneuses, formées d'une matière caséeuse, facile à détacher des parties sous-jacentes. Parfois, les dépôts étaient jaunâtres et plus adhérents que précédemment. La réaction générale très effacée consistait en un simple malaise ou en une fièvre légère ; la dysphagie se montrait un peu plus accentuée. Il survenait à un certain moment sur la peau des rougeurs scarlatineuses fugaces. Vers le quatrième ou le cinquième jour, les symptômes s'atténuaient et la guérison ne tardait pas à s'effectuer.

Dans la *forme moyenne,* les phénomènes morbides locaux et généraux étaient plus violents. La membrane muqueuse des lèvres se montrait d'un rouge pourpre; céphalalgie modérée, éblouissements, parfois délire léger et passager, nausées et vomissements bilieux ordinairement, constipation d'abord, mais bientôt suivie d'un peu de diarrhée, respiration faiblement accélérée, haleine rarement fétide. L'angine débutait par la tuméfaction des ganglions sous-maxillaires et cervicaux et des amygdales, par la teinte d'un rouge vif du voile du palais, de ses piliers et de la luette, et aussi des tonsilles, du pharynx proprement dit, souvent du palais et de la langue, et quelquefois, sur toute la membrane muqueuse de la bouche, par un *gonflement* de l'arrière-gorge s'effectuant en vingt-quatre ou quarante-huit heures, et qui paraissait dû à une *infiltration sous-muqueuse*, lequel augmentait d'ailleurs la gêne de la déglutition, qui devenait alors des plus difficiles chez certains sujets.

En même temps, dans les deux ou trois premiers jours, chez la moitié environ des malades, les amygdales d'abord et ensuite les autres parties enflammées se recouvraient ou de *flocons pseudomembraneux*, *caséiformes*, *peu adhérents*, *poisseux*, ou bien, et plus rarement, de *plaques blanc-jaunâtre*, *un peu plus consistantes*, *plus adhérentes* et *plus persistantes* que les fausses membranes. Ces diverses productions morbides occupaient, selon les sujets, toutes les portions enflammées, ou seulement quelques-unes de leurs parties. L'inflammation des cavités buccale et pharyngée a pu, dit Guéretin, s'étendre vraisemblablement parfois au larynx, mais ces faits, où l'arbre aérien semble avoir été envahi, auraient été fort peu nombreux. D'ailleurs on n'aurait observé qu'un seul

croup mortel survenu le cinquième jour, « quoiqu'il eût été cependant accompagné d'une éruption de scarlatine, cas à ajouter, comme le second, à celui observé par Guersant, et à noter encore, puisque Bretonneau a dit n'avoir jamais vu de scarlatineux mourir du croup. »

L'auteur regarde comme un des traits distinctifs de l'épidémie qu'il décrit, que les dépôts blanchâtres se soient arrêtés à la hauteur du larynx et aient ainsi respecté les voies aériennes.

Ce phénomène lui a semblé d'autant plus remarquable que la surface libre des amygdales gonflées était déchiquetée, creusée, comme taillée à pic, de manière que la fausse membrane qui la recouvrait paraissait *enfoncée dans l'organe par une perte de substance de ce dernier*[1].

Les lésions morbides s'étendaient fréquemment à la *partie postérieure des fosses nasales*, et elles se manifestaient par une voix nasonnée, par la difficulté du passage de l'air et par une chaleur douloureuse dans les cavités du nez. Quant à l'éruption, elle aurait manqué dans la moitié des cas ou bien elle revêtit la forme miliaire et papuleuse de quelques auteurs, ou même se limita à quelques plaques d'urticaires. « Une prompte éruption annonçait ordinairement un degré léger de l'affection.

« Dans la forme maligne, on observait les signes précédents. L'intensité de l'angine différait peu de celle de la forme moyenne, mais tous les autres symptômes se montrèrent beaucoup plus graves.

« Dans la variété *lente* et dès le début, il y avait angine violente, constituée par un gonflement peu douloureux, mais considérable, des amygdales qui étaient recouvertes,

1. Les ulcérations par mortification de l'infiltration inflammatoire interstitielle sont assez fréquentes dans ces diphtéries secondaires.

ainsi que toutes les parties du voile du palais et que les parois du pharynx, d'une *fausse membrane étendue à toute leur surface*. Cette inflammation était circonscrite et limitée par les fausses membranes, sous lesquelles la membrane muqueuse était *excoriée*.

« Dès le début, le cou très gonflé exécutait avec peine quelques mouvements; la face était pâle et bouffie, l'haleine fétide; on constatait un malaise général, du frisson, de la fièvre qui se prolongeait jusque vers le huitième jour. Plusieurs malades, les deux premiers mois de l'épidémie, présentèrent, en outre de l'angine pseudomembraneuse, une inflammation de même espèce dans les fosses nasales. Ce n'est que vers le cinquième ou sixième jour, ou plus tard encore, que se montrait une éruption sur la peau, exanthème tantôt formé de petits points rouges, lenticulaires, très nombreux, souvent ternes et livides, quelquefois pourprés et accompagnés de vésicules miliaires, et tantôt éruption purement scarlatineuse.

« Il y eut d'ailleurs des malades qui n'eurent aucune détermination cutanée.

« Dans la *variété maligne* aiguë, on notait les symptômes suivants : fièvre des plus violentes et angine très intense, violents frissons, délire, injection des yeux, nausées, diarrhée très abondante; urines très rouges; haleine fétide...

« Vers le troisième ou quatrième jour, l'économie toute entière paraissait compromise par cet état morbide si violent et d'apparence typhoïde et, si quatre malades échappèrent à la mort dans la variété lente, elle fut constante dans la variété aiguë. La convalescence a toujours été longue et difficile. »

Quant à la *nature* de la maladie, Guéretin ne pense pas qu'il se soit agi d'une diphtérie ordinaire à cause de la rougeur diffuse, intense, scarlatineuse de la membrane muqueuse de la bouche et du pharynx, de la consistance floconneuse, caséiforme de la matière pseudo-membraneuse, et aussi de la non-extension de l'affection morbide, sauf une exception, aux voies aériennes.

Il se demande ensuite si la maladie était une angine scarlatineuse ou une scarlatine avec angine gangreneuse. Il convient que l'affection de la gorge a été le phénomène morbide le plus constant; mais il ne lui accorde qu'une importance secondaire et donne le premier rôle à la scarlatine. Cependant il avoue que l'éruption scarlatineuse a été une exception dans la forme légère, de telle sorte qu'il finit par conclure qu'il s'agissait d'une scarlatine compliquée de diphtérie.

Giraudeau de Saint-Gervais a donné une description clinique très complète des formes graves de l'angine scarlatineuse que nous croyons devoir rapporter ; car elle expose fidèlement le bilan en quelque sorte des connaissances de l'époque. Comme ses contemporains, il signale l'allure pultacée, le retard de l'érythème par rapport aux formes normales de la maladie, l'irrégularité de l'éruption, la prolongation de la desquamation, les complications pulmonaires et cérébrales. Pour lui, il s'agit d'une maladie, différente par son essence[1] de la scarlatine ordinaire et non d'une scarlatine à réactions morbides exaltées, surtout du côté de la gorge. « La scarlatine angineuse (scarlatina anginosa), dit-il, de Willan est plus

1. Il s'agit toujours de l'hypothèse d'un élément malin, putride, s'ajoutant, se superposant en quelque sorte à la maladie principale. Barthez avait soutenu cette opinion en ce qui concerne la diphtérie maligne.

grave. La fièvre et les symptômes qui l'accompagnent sont beaucoup plus intenses que ceux de la scarlatine simple. Tous les accidents qui appartiennent à l'angine peuvent se manifester, ce qui justifie la dénomination qui lui a été donnée. Dès le commencement, le malade éprouve un sentiment de raideur dans les muscles du cou et de la mâchoire inférieure. Le second jour, la membrane muqueuse de la bouche et du pharynx devient très rouge; les amygdales toujours tuméfiées le sont parfois considérablement; la voix est rauque, la déglutition est très douloureuse, difficile, parfois même impossible; les boissons reviennent alors par le nez, et la respiration est plus ou moins pénible. Le pouls est fréquent sans être développé; la chaleur de la peau est vive, la langue est fort rouge, ses papilles sont très apparentes. La toux, le coryza, l'éternuement, et souvent une hémorragie nasale se manifestent. Les piliers du voile du palais, les amygdales et le pharynx se couvrent d'un mucus épais et visqueux ou d'une matière comme pultacée, grise, jaunâtre, blanche ou caséeuse, opaque, plus ou moins consistante. Ces matières forment ordinairement des espèces de couches qui se distinguent des croûtes couenneuses par leur consistance molle et leur peu d'adhérence, ensuite, parce qu'on peut les gratter et les enlever sans que le malade en ressente de la douleur. Ces mêmes matières se renouvellent du jour au lendemain, se propagent souvent sur les parties latérales du pharynx, sur l'œsophage et quelquefois sur la langue. Elles sont faciles à enlever des surfaces muqueuses qu'elles recouvrent; elles ne se détachent pas par lambeaux, comme dans l'angine couenneuse; les parties d'où elles ont été enlevées ne présentent pas les altérations, ni les pertes de substance qu'on observe dans l'angine gangreneuse.

« L'éruption, qui se montre ordinairement le second jour dans la scarlatine simple, ne se manifeste souvent que le troisième dans la scarlatine angineuse[1], et ne s'étend pas aussi constamment à toute la surface du corps. Les taches, d'une rougeur écarlate et généralement isolées, sont répandues sur toutes les parties de la surface cutanée, mais plus particulièrement aux poignets et aux régions sur lesquelles le malade se tient couché.

« L'exanthème disparaît dès le premier jour de son éruption, pour reparaître à une époque plus ou moins rapprochée, circonstance qui dispose la maladie à une plus grande durée, rend irrégulière et prolonge la desquamation souvent au delà du troisième septenaire, surtout dans les cas où l'exanthème a été très intense. Néanmoins cette terminaison n'a pas toujours lieu, et la desquamation peut même être nulle, lorsque l'exanthème a été léger.

« Dans la scarlatine angineuse, la tuméfaction du tissu cellulaire sous-cutané est en général plus ou moins prononcée, suivant l'intensité de l'inflammation de la peau, surtout à la face et aux doigts, dont elle gêne les mouvements.

« Cette variété, dont l'angine est le symptôme principal le plus rebelle, peut être compliquée de l'inflammation des membranes muqueuses aériennes et digestives, de celles du poumon, d'accidents cérébraux, et devenir promptement mortelle. Les maladies secondaires qu'elle détermine sont plus rebelles que celles qui ont lieu à la suite de la scarlatine simple. »

1. Quand l'infection est grave, toute l'économie est troublée et la réaction de celle-ci devient anormale. Les contemporains se demandaient si, la maladie sortant mal au dehors, l'intérieur par cela même n'était pas plus atteint.

Voici quelle est son opinion sur l'essence du mal. « La scarlatine angineuse n'est pas une affection simplement accidentelle, susceptible de dépendre d'une disposition individuelle, et de n'être qu'un degré plus élevé de la scarlatine simple, comme paraissent le croire Cazenave et Schedel; elle règne ordinairement sous cette forme d'une manière épidémique ». A ce propos, il invoque les arguments habituels chers à l'hippocratisme.

« Elle dépend, dit-il, plus essentiellement de la constitution atmosphérique qui lui est propre, que de la constitution épidémique qui produit la scarlatine simple.

« La notice suivante, qui m'a été communiquée par un de mes amis, vient à l'appui de cette opinion.

« La scarlatine angineuse doit-elle être regardée, dans toutes les circonstances, comme un effet de l'intensité de la scarlatine simple, ou doit-on la considérer comme une affection spéciale, dépendante d'un concours de causes générales propres à la produire sous cette forme et d'une manière épidémique?

« J'adopte cette dernière opinion et je la fonde sur les observations qu'on a eu l'occasion de faire; voici quelques détails à ce sujet :

« J'ai vu en 1807 la scarlatine angineuse régner épidémiquement à Lucy, village situé près de Neufchâtel, dans la vallée de Bray, département de la Seine-Inférieure. La vallée de Bray, dont j'ai publié une esquisse de topographie médicale, est un pays généralement humide, disposition entretenue par la nature du sol aquatique, par le grand nombre de pommiers qui, plantés à une distance très rapprochée, donnent de l'ombrage tout le temps de la feuillée; les chemins étroits et enfoncés entre deux haies restent boueux presque toute l'année, et

ajoutent encore à l'insalubrité de l'air. Cette disposition géographique, jointe à l'usage habituel du cidre, à une nourriture abondante et à des travaux peu actifs, contribue à faire prédominer le système lymphatique dans la constitution des habitants[1]. De semblables conditions étant déterminées, je dois donner maintenant quelques détails sur l'état de la température avant l'invasion de la maladie.

« L'année 1807 fut remarquable par une grande sécheresse en mai, juin et juillet. La chaleur fut extrême vers la fin de ce dernier mois ; celui d'août fut pluvieux au commencement et très chaud vers la fin ; tout à coup beaucoup d'affections cutanées se manifestèrent dans tout le canton. Pendant le mois de septembre, la scarlatine angineuse se manifesta épidémiquement à Lucy, et atteignit vingt-six individus sur une population de deux cents habitants au plus. Parmi les malades se trouvèrent un enfant de huit mois allaité par sa mère, quatorze enfants de un à cinq ans, un de dix-neuf, et une femme de vingt-deux ans, nouvellement accouchée. Trois observations des plus remarquables serviront à apprécier le caractère de cette épidémie. Nous rapporterons l'une d'elle où il y eut mort par complications respiratoires. » L'auteur remarque même que ce cas fut exceptionnel et que les voies aériennes furent généralement respectées. « Une petite fille de trois ans, d'une santé délicate, sujette à une ophtalmie scrofuleuse (c'était la cinquième malade atteinte par l'épidémie), fut prise tout à coup de mal de gorge et de difficulté d'avaler. Je fus appelé quinze

1. Cette hypothèse du lymphalisme avait été invoquée par les partisans de Home, pour expliquer la formation de la pseudomembrane sous l'influence d'une irritation banale ; c'était l'exagération de la doctrine de l'influence du terrain.

heures après l'invasion de la maladie. Le visage était très rouge et gonflé, les paupières très enflammées, des taches s'étaient développées sur la poitrine et les extrémités, mais leur rougeur était bien moindre que celle du visage ; la respiration était difficile, le pouls précipité, sans développement; la chaleur de la peau, un peu au-dessous de son état naturel, la langue couverte d'un enduit visqueux qui débordait sur les lèvres; la malade ouvrait difficilement la bouche. Je fis appliquer douze sangsues au cou, sur la région des amygdales. Je conseillai des cataplasmes sinapisés sur les cuisses, et une potion émétisée. La potion revenait par les narines, de sorte que son ingestion fut presque nulle; cependant il survint de la diarrhée deux heures après en avoir fait usage. Le soir, après vingt-deux heures de maladie, la surface cutanée ne présentait aucune tache ; le visage était moins gonflé et offrait une teinte livide. La malade était dans un état comateux ; le pouls avait une grande vitesse. On observait moins de chaleur à la peau, mais la respiration était diaphragmatique, étouffée, stertoreuse. Mort à une heure du matin, trente heures après l'invasion de la maladie ». Comme on le voit, la diphtérie scarlatineuse avait eu ici une allure tout à fait foudroyante.

Dans le cas suivant, malgré sa gravité, elle se termina par la guérison. Son allure fut tout à fait typique. « Un enfant de huit ans, bien constitué (le sixième atteint de l'épidémie), fut pris de frissons, d'abattement, de mal de tête, d'éternuement, de saignement de nez, de raideur et de tuméfaction du cou, principalement du côté gauche.

« Le lendemain toute la surface du corps était rouge, brûlante, et présentant de larges taches d'une couleur écarlate. La face était très gonflée et d'une couleur rouge

vif, les yeux larmoyants, les paupières enflammées, le pouls fort et précipité, la langue rouge vers ses bords et blanche au milieu, le cou douloureux dans la région des amygdales dont la tuméfaction était considérable; la déglutition s'opérait difficilement. Un grain d'émétique. Il y eut plusieurs selles; quinze sangsues au cou et pour tisane, une infusion légère de coquelicots avec le sirop de guimauve.

« Le troisième jour de la maladie, *deuxième* exanthème ; la tuméfaction du cou, considérablement augmentée, paraissait plus dure et occupait toute la région latérale gauche. Le pouls avait un peu moins de développement. L'arrière-bouche et la langue étaient recouvertes d'une matière épaisse, pultacée, présentant des stries noirâtres qui débordaient sur les lèvres. Ces matières se trouvaient en si grande quantité que la langue en paraissait doublée d'épaisseur et que la bouche restait entr'ouverte; on pouvait les enlever avec assez de facilité en raclant la langue avec une cuillère à café. La voix était rauque et la prononciation difficile.

« Le quatrième jour, la tumeur du cou restée dure paraît encore augmentée et empêche de tourner le cou; la déglutition n'est cependant plus difficile. Le pouls a moins de vitesse, la face est moins rouge, et la langue moins gonflée; les matières qui empâtent l'arrière-bouche sont un peu moins abondantes et plus caséiformes.

« Le cinquième jour, les taches pâlissent, et il survient plusieurs selles liquides ; le pouls se rapproche de la normale.

« Le sixième jour, les taches disparaissent; la desquamation commence au cou, par lamelles irrégulières, dont la plupart ont cinq ou six lignes de surface. Le côté

gauche du cou reste tuméfié, indolent et dur ; la déglutition est libre ; le malade demande à manger.

« Le septième jour, la desquamation s'opère sur toutes les parties du corps ; les selles sont liquides et au nombre de huit en vingt-quatre heures ; la déglutition est libre, la langue naturelle.

« Le huitième jour, tous les accidents ont cessé, moins la tumeur qui commence à diminuer, et la desquamation qui continue.

« Le neuvième jour, le pourtour de la tumeur devient œdémateux, principalement au-dessous de l'espace qu'elle occupe ; elle s'étend jusqu'à la clavicule.

« Le onzième, jour la tumeur est sensiblement diminuée ; l'œdème paraît augmenté ; la desquamation recommence au cou et à la poitrine. La tumeur s'est dissipée graduellement, ainsi que l'œdème, de manière à ne plus exister le dix-huitième jour de la maladie.

« La desquamation s'est renouvelée sur tout le corps, ou plutôt elle n'a pas cessé, elle a continué à s'opérer avec la même intensité jusqu'à la fin du troisième septenaire où le retour à la santé fut parfait. »

Quant à la forme sans éruption, c'est-à-dire se bornant aux phénomènes angineux, sur laquelle nous aurons l'occasion de revenir plus loin, voici comment s'exprime l'auteur à ce sujet : « La scarlatine *sans exanthème* (scarlatina sine exanthemate), telle que l'ont observée Fothergill et Huxham, est caractérisée par un mal de gorge très intense, sans éruption apparente. Il y a une démangeaison à la peau suivie d'une *desquamation plus ou moins considérable*[1]. »

1. Celle-ci manque parfois de telle sorte que les phénomènes cutanés font entièrement défaut.

Voici maintenant pour la diphtérie : « L'angine *couenneuse du pharynx et des fosses nasales postérieures* [1] (morbus strangulatorius, nom qui a été appliqué au croup dans le siècle dernier), peut *compliquer la scarlatine angineuse* et maligne, ajouter à la gravité de la maladie par l'obstacle qu'elle apporte à la respiration : ce qui va souvent jusqu'à produire la strangulation et l'asphyxie.

« Selon MM. Cazeneuve et Schedel, la plupart des épidémies d'angines gangreneuses, décrites par Fothergill, Huxham, etc., n'étaient probablement pas autre chose. Sans rejeter directement la possibilité de la complication d'une angine gangreneuse, disent-ils, il est raisonnable de penser qu'avant les travaux de Bateman, on a désigné ainsi beaucoup de diphtérites. C'est à l'angine couenneuse pharyngienne et laryngo-trachéale, dit M. Guersant, au mot angine gangreneuse, dans un excellent article du *Dictionnaire de médecine*, qu'il faut rapporter l'histoire des maux de gorge gangreneux de Chomel, d'Astruc, de Marteau, et l'angine maligne de Vicq-d'Azir. » Le danger de cette maladie, reprend-il, « est dû à la concrétion membraneuse qui se propage du pharynx aux voies aériennes. » Ce qu'on appelle alors angine gangreneuse se complique du croup. « ... Quant à moi, ajoute-t-il, je puis affirmer que, sur les cinq sixièmes des sujets affectés de croup sporadique, et dont j'ai eu occasion de faire l'ouverture, j'ai trouvé la fausse membrane dans la trachée. J'ai constamment observé, pendant le cours de la maladie, quelques plaques couenneuses sur une partie déterminée du pharynx. Il résulte de ces faits que l'angine maligne et le croup sont presque toujours réunis,

1. Cette fin de phrase montre bien l'attention qu'on commençait à porter aux rhinites diphtériques.

dans toutes les maladies graves, soit épidémiques, soit sporadiques.

« Ces opinions étant posées en principe, il n'est donc pas impossible que le *croup puisse compliquer la scarlatine angineuse maligne.* La question à résoudre consiste seulement à savoir si la chose est arrivée souvent, et quelles circonstances peuvent déterminer cette complication rare, d'après MM. Biett et Rayer. »

Ainsi, avec Guéretin et avec Giraudeau, l'idée d'une diphtérie venant compliquer la scarlatine s'impose et beaucoup de ses caractères sont déjà reconnus.

Avec Rilliet et Barthez, la description se précise encore. Ces auteurs commencent par décrire l'angine scarlatineuse ordinaire telle qu'on l'observe le plus souvent. « Au cours de la scarlatine, on constate, à l'examen de l'arrière-gorge, une rougeur des parties qui se tuméfient ordinairement, et cette tuméfaction qui se fait d'habitude en même temps que les tissus se colorent, peut cependant être retardée de peu de jours et ne se montrer que lorsque la rougeur et la douleur sont complètement établies. Les amygdales et la luette sont les parties visibles qui se tuméfient; le gonflement est en général peu intense et ne va presque jamais jusqu'à rapprocher considérablement les tonsilles l'une de l'autre, aussi n'avons-nous eu qu'une seule fois l'occasion de voir les amygdales tendues, luisantes, grosses et comme remplies et distendues par une collection purulente. » Malgré leur grosseur, il y aurait rarement obstruction mécanique de la respiration. Quant à l'aspect clinique de ces amygdales, le gonflement apparaîtrait inégal et irrégulier ; ces deux glandes se montreraient séparées par un intervalle assez considérable et la gêne n'irait pas jusqu'à l'anxiété, le malaise, la demi-asphyxie

qui existe dans certains cas d'abcès des tonsilles. « La tuméfaction augmente ainsi ou persiste pendant quatre, cinq ou six jours, quelquefois plus dans les cas plus graves, surtout lorsqu'ils doivent être suivis de mort, puis elle décroît pour disparaître à la même époque que la rougeur et la douleur. » La diphtérie secondaire venant compliquer la scarlatine est le but principal des auteurs. « Mais ce qui, dans cette angine, doit surtout attirer l'attention, à cause de la confusion possible avec quelques angines primitives, est le développement de *fausses membranes* ; ici une distinction réelle doit être établie entre les deux angines : la primitive et la secondaire scarlatineuses. » Le caractère tardif de celle-ci est bien mis en relief. « En effet, disent-ils, jamais nous n'avons vu la dernière débuter d'emblée par le dépôt plastique pseudomembraneux. L'époque la plus rapprochée du début de l'angine à laquelle nous l'ayons constatée est le second ou le troisième jour, ou bien encore le cinquième ou le sixième, quelquefois même seulement le dixième ou le onzième jour. » Voici l'aspect physique des dépôts fibrineux. « Ces fausses membranes sont petites, minces, jaunes ou blanches, foliacées, siégeant sur l'une ou l'autre amygdale, ou sur la luette ; elles s'enlèvent assez facilement ou sont assez fortement adhérentes pour qu'on ne puisse les détacher par le frottement du doigt ; assez souvent le dépôt pseudomembraneux, appréciable à l'œil, se borne à des débris ; quelquefois il s'étend et couvre toute la partie visible du pharynx ; son épaisseur varie ; mince, il est pellucide et transparent ; ailleurs, il double les tissus d'une couche épaisse de un à deux millimètres ; ce cas cependant est le plus rare.

« Les fausses membranes disparaissent, quelquefois dès

R.BLANCHARD

le lendemain, pour ne plus se montrer; mais le plus souvent il arrive ou qu'elles persistent trois ou quatre jours, quelquefois beaucoup plus, ou bien que s'il arrive qu'elles disparaissent promptement, c'est pour reparaître de même et persister ainsi jusque près de la fin de l'angine. » Les recrudescences se retrouveraient du reste dans l'angine scarlatineuse ordinaire. « Ces alternatives dans l'apparition et la disparition des fausses membranes ne sont pas spéciales seulement à ce produit d'inflammation. En effet l'angine scarlatineuse, au moins avons-nous eu l'occasion de le voir plusieurs fois, est sujette à une sorte d'*intermittence*; c'est-à-dire qu'après avoir marché pendant quelques jours, les symptômes diminuent pour s'accroître bientôt et reprendre leur première intensité[1]. » Quant au *processus érosif*, « il est rare que pendant la vie on puisse s'assurer de l'existence *d'ulcérations pharyngées;* nous en parlerons plus au long. » La *puanteur* de l'air expiré par le malade serait le plus souvent légère et se retrouverait dans les cas types. « L'angine scarlatineuse détermine la *fétidité de l'haleine*; mais il est rare qu'elle soit excessive : nous ne l'avons jamais notée gangreneuse; elle ne se manifeste guère pendant les premiers jours de l'angine ; nous l'avons habituellement constatée entre le troisième et le neuvième jour, tantôt pendant un jour seulement, tantôt deux ou trois, rarement huit ou dix. En général, quoique non constamment, la fétidité de l'haleine coïncide avec les fausses membranes ; elle est d'autant plus intense que celles-ci sont plus épaisses et plus abondantes[2]. » Il ne faudrait donc

1. Nouveaux foyers microbiens ou développement plus actif des foyers anciens.

2. Ce symptôme avait une valeur classique ; voir Cortesius dans le 2e volume de cet ouvrage.

pas trop discuter la valeur de ce symptôme pour le diagnostic de la diphtérie. *L'adénite* est ainsi décrite : « Un des accompagnements les plus constants et les plus remarquables de l'angine scarlatineuse est le développement inflammatoire des ganglions sous-maxillaires; il se prononce, en général, le lendemain du jour où l'on a noté du gonflement dans le pharynx, c'est-à-dire qu'alors les régions sous-maxillaires deviennent grosses, douloureuses à la pression, quelquefois tendues et rouges. Il est inutile de dire que le gonflement existe du côté de l'angine; qu'en conséquence il est le plus ordinairement double. Borné d'abord aux ganglions, il gagne assez facilement le tissu cellulaire environnant, et il est étonnant de voir les vastes tuméfactions cellulaires qui surviennent chez les enfants.

« Leur cou est devenu gros, raide et tendu par la tuméfaction des tissus sous les deux branches du maxillaire inférieur et d'une oreille à l'autre; les mâchoires peuvent à peine s'entr'ouvrir de manière à laisser passer tout au plus la pointe de la langue et à empêcher toute exploration de la gorge. Cette tuméfaction n'est souvent qu'un véritable *œdème actif*[1] et en présente tous les caractères ; il se résout assez facilement lorsque l'inflammation des ganglions diminue. Cependant il peut s'y faire une véritable *suppuration*, soit que celle-ci commence dans les ganglions eux-mêmes, soit qu'elle débute dans le tissu cellulaire qui les environne. Il en résulte alors des *abcès sous-maxillaires* qui suppurent pendant un temps plus ou moins long. » Dans ces cas, le pronostic serait assez sombre. « Cette forme doit sans doute être susceptible de guérison, mais dans ces cas nous avons toujours vu suc-

1. Hyperémie inflammatoire avec transsudation séreuse abondante.

comber les enfants. » Parfois l'allure serait comme dans les phlegmons du cou érysipélateux. « L'inflammation du tissu cellulaire peut arriver même jusqu'à la peau du cou et constituer une sorte d'érysipèle qui détermine la suppuration plus promptement encore. » Mais en somme les *accidents suppuratifs seraient exceptionnels.* « Ces fontes purulentes sont fort rares, et le plus souvent la maladie se borne à un gonflement qui diminue et disparaît dans un intervalle de trois à douze jours; il peut persévérer jusqu'à la mort. » Quelques phénomènes moins importants que les précédents auraient une certaine valeur diagnostique. A ce propos, Rilliet et Barthez se montrent assez mal inspirés ; car ils insistent sur les phénomènes de laryngite dont Guéretin et Giraudeau avaient montré l'absence habituelle dans la diphtérie scarlatineuse[1]. Toutefois, ils font remarquer eux-mêmes que les troubles de l'organe phonateur sont en général fort peu importants. « A ces symptômes principaux viennent s'y joindre quelques-uns des secondaires qui indiquent que la maladie se propage dans les voies aériennes. Ainsi on devra redouter cette complication, lorsque la toux est fréquente et abondante, et surtout dans les cas où elle est sonore et aboyante, lorsque la voix est rauque, enrouée ou éteinte, lorsqu'enfin il se joint aux symptômes de l'angine ceux d'une laryngite. Mais nous savons déjà combien sont peu tranchés les symptômes de la laryngite secondaire, en sorte que cette phlegmasie échappe souvent à l'investigation. »

Les *lésions* sont ici étudiées avec beaucoup de soin. Elles iraient de la simple congestion érythémateuse à

1. Le croup manque aussi dans beaucoup d'épidémies d'angine maligne diphtérique primitive ou du moins il y est rare. Voir le 4e volume.

l'amygdalite légère, aux dépôts pultacés ou pseudomembraneux et même aux ulcérations. Les altérations un peu graves n'apparaîtraient pas d'emblée, mais se développeraient à la longue, de telle sorte que leur venue est assez tardive. Au début, il n'y aurait donc que de la rougeur. « Si la maladie est un peu plus avancée, on trouve une couche purulente, grise ou jaunâtre, étendue sur toute la muqueuse pharyngienne qui est d'un rouge vif, gonflée, ramollie, dans une étendue variable et souvent considérable ; alors les amygdales sont infiltrées de pus, très molles, et s'écrasent avec la plus grande facilité.

« Dans un degré plus avancé, ou plutôt dans une altération d'autre nature, nous avons trouvé les amygdales très volumineuses et dures. En les examinant avec soin, nous avons vu leurs follicules remplis de matière grisâtre et solide, tandis que les cloisons étaient formées par un tissu blanc, rosé, dur et résistant. On aurait dit des aréoles du tissu fibreux dans lesquelles se serait déposé du pus concret.

« D'autres malades présentent des produits de sécrétion d'une nature différente et aussi grave qu'étendue, c'est-à-dire que *des fausses membranes* se sont déposées à la surface de la muqueuse. Très limitées, elles peuvent ne recouvrir que les tonsilles et la luette ; très étendues, elles gagnent l'épiglotte, les cordes vocales, la trachée, l'origine des bronches mêmes et jusqu'à l'œsophage, ou bien encore, s'élevant à la partie supérieure, elles tapissent les *fosses nasales*, embrassant ainsi dans leurs vastes ramifications la presque totalité des muqueuses sus-diaphragmatiques. *Il faut dire cependant que ces cas sont de beaucoup les plus rares.*

« Les fausses membranes se présentent sous plusieurs

aspects ; chez quelques enfants elles sont petites, minces, molles, peu adhérentes, mélangées à du pus en quantité variable Chez quelques autres elles couvrent une vaste surface ; ailleurs, mais rarement, elles sont épaisses, résistantes, adhérentes ; car, en général, bien qu'elles soient étendues, elles restent *minces et foliacées* [1] sur tout le pharynx, mais surtout sur les amygdales et la luette, qui sont, de toutes les parties, celles où les fausses membranes sont les plus abondantes et les plus épaisses. Dans le larynx au contraire, nous ne les avons jamais rencontrées que minces, foliacées et peu adhérentes.

« La muqueuse qu'elles recouvrent s'est le plus souvent présentée à nous *très malade* [2], d'un rouge plus ou moins foncé, gonflée, ramollie, assez souvent ulcérée.

« Cette dernière et importante lésion doit attirer notre attention ; nous l'avons trouvée non seulement sous les fausses membranes, *mais aussi lorsqu'il n'existe aucun produit de ce genre.*

« Elles ont différents aspects ; superficielles, ce ne sont quelquefois que de simples érosions serpigineuses, semblables aux traces sinueuses que laissent les vers sur le drap ; ailleurs ce sont de *véritables ulcérations*, de profondeur variable, allant jusqu'aux tissus sous-muqueux, jusqu'aux fibres musculaires elles-mêmes. Étendues dans la dimension de quelques millimètres à un ou deux centimètres de diamètre, irrégulières et inégales, leurs

1. Ceci est, comme l'a montré Peter, un des caractères de la diphtérie secondaire.

2. Peter distingue avec raison ce processus interstitiel (diphtérique pour les Allemands) de ce qu'on voit dans la diphtérie primitive où il est bien plus léger. Ces faits avaient été signalés depuis longtemps, notamment par Guersant, à propos des complications pseudo-membraneuses de la scarlatine. Les Allemands ne feront que donner une explication histologique de ces lésions.

bords sont taillés à pic et bien marqués ; habituellement situées dans le pharynx, elles sont communes sur les amygdales, mais se rencontrent aussi sur la face antérieure du pharynx, derrière le larynx, et dans la gouttière pharyngo-laryngée. Rarement nous en avons constaté dans le larynx lui-même.

« La description que nous venons de donner offre de nombreuses dissemblances avec celle de la pharyngite primitive ; cependant nous avons émis plusieurs assertions qui ont besoin d'être soutenues par des exemples, parce qu'elles ont été niées par des praticiens célèbres ; nous voulons parler, entre autres, de l'extension des fausses membranes dans le larynx[1] ; nous joignons donc quelques descriptions aux détails précédents.

« Observation I. — Un garçon de onze ans est pris, en bonne santé, d'une scarlatine des plus graves ; éruption régulière, aspect du malade profondément typhoïde. L'angine débute le quatrième jour, très légère d'abord. Le cinquième jour, la narine droite donne un mucus épais de plus en plus abondant ; puis des fausses membranes à l'orifice des fosses nasales. Mort le dixième jour.

« *Autopsie.* — L'éruption scarlatineuse persiste violacée. Le pharynx est recouvert, dans sa totalité, de fausses membranes jaunes, assez épaisses, peu adhérentes, mêlées à du pus. Au-dessous, muqueuse rouge, gonflée ; amygdales très grosses, molles et rouges. Même aspect du larynx, mais muqueuse moins rouge, pas ramollie ; trachée rouge, violacée-foncée ; fausses membranes moins épaisses que dans le pharynx ; on en trouve surtout à la

1. Ce fut quelque temps l'opinion de Trousseau. Les faits signalés par Guéretin, Giraudeau, etc., lui étaient assez favorables ainsi que nous l'avons dit plus haut ; plus tard, le célèbre clinicien changea d'avis.

partie supérieure, pas sur les cordes vocales et la partie supérieure de la trachée; mais à la partie inférieure on en retrouve quelques-unes, molles, peu épaisses, peu adhérentes, s'étendant à l'origine des bronches. Impossible, dans cette observation, de nier la présence des fausses membranes dans le conduit laryngo-trachéal, en même temps que l'inflammation de la muqueuse sous-jacente.

« Observation II. — Un garçon de six ans est pris de mal de gorge, et, le lendemain, d'une éruption scarlatineuse anormale. Mort au cinquième jour du début, quatrième de l'éruption. Le mal de gorge a dominé toute la maladie.

« *Autopsie.* — L'amygdale gauche est très volumineuse, recouverte à la partie postérieure de quelques petites fausses membranes jaunâtres, peu adhérentes; elle est dure sous le scalpel; les follicules sont pleins d'une matière grise demi-solide, entourée d'un tissu blanc-rosé, solide, dur et résistant. Parties latérale et postérieure du pharynx, face postérieure de la luette recouvertes des fausses membranes d'un blanc grisâtre, minces et très adhérentes. Muqueuse sous-jacente rouge avec nombreuses petites ulcérations sinueuses. Muqueuse environnante pas ramollie. Épiglotte et replis aryténo-épiglottiques tuméfiés; fausse membrane à la partie inférieure de l'épiglotte, molle, mince, inégale; muqueuse sous-jacente, rouge, dépolie. Larynx lui-même revêtu de fausses membranes qui couvrent les cordes vocales et les parties environnantes. Muqueuse laryngo-trachéale rosée et polie; pas d'œdème. Orifice du larynx rétréci; fausses membranes à l'œsophage.

« Dans cet exemple exceptionnel, la fausse membrane

avait envahi le larynx, et le pharynx ne présentait encore que quelques érosions.

« Dans les deux premières observations, nous voyons qu'il est impossible de nier la présence de fausses membranes dans le conduit laryngo-trachéal en même temps que la muqueuse sous-jacente était vivement, mais seulement enflammée (obs. I). Dans la deuxième, la muqueuse ne présente encore que des érosions; dans l'observation suivante (obs. III), la muqueuse laryngée est saine sous la fausse membrane, tandis que la muqueuse pharyngée est profondément ulcérée.

« Observation III. — Un garçon de six ans est pris tout à la fois de varioloïde et de scarlatine qui suit sa marche normale. L'angine débute le jour même de l'éruption et l'enfant meurt au seizième jour.

« *Autopsie.* — L'amygdale droite très ramollie est infiltrée de pus, la gauche presque détruite et excavée; pas de fausses membranes sur ces parties. Dans la gouttière pharyngo-laryngée, muqueuse détruite d'un centimètre et demi; tissu sous-muqueux épaissi, tapissé d'une fausse membrane jaune, adhérente. Même lésion, mais moins étendue, dans un point correspondant à gauche. Face postérieure de l'épiglotte et tout le larynx tapissé par fausses membranes minces, se détachant facilement. Muqueuse sous-jacente rosée.

« Ces observations nous montrent que l'angine scarlatineuse peut revêtir la forme *ulcéreuse* et *pseudomembraneuse grave*; que cette inflammation peut envahir le conduit laryngo-bronchique et présenter quelquefois des caractères analogues à ceux de la laryngite pseudomembraneuse primitive.

« Toutefois nous remarquons que, malgré la présence

des fausses membranes laryngées, nous n'avons jamais observé les symptômes propres du croup. Guéretin en a constaté un exemple. Les ganglions sous-maxillaires s'enflamment le plus souvent; nous les avons trouvés tuméfiés et même gorgés de pus. L'angine est une complication grave de la scarlatine ; elle peut envahir de très vastes surfaces, et la fausse membrane entraîne souvent la mort des malades, seule, ou aidée d'une autre affection, comme les pneumonies, pleurésies, entéro-colites.

« L'angine scarlatineuse épidémique se présente sous une forme qui peut être très grave. On hésite à admettre, à cause de son intensité et de ses symptômes généraux tels que la scarlatine peut être compliquée de gangrène du pharynx. Nous n'avons point constaté de ces cas. »

Un auteur contemporain de Guéretin, de Giraudeau, de Rilliet et Barthez, Grisolle se borne, comme la plupart des auteurs de traités de nosologie, à rappeler les notions des époques précédentes, sans utiliser pour ainsi dire les récents travaux. *Ceux-ci ne feront sentir leur influence qu'ultérieurement.* Voici l'analyse du passage auquel nous faisons allusion. Il passe pour ainsi dire sous silence les phénomènes angineux du début de la scarlatine ordinaire à cause, dit-il, de leur insignifiance. Il se borne à signaler « des vomissements, des nausées, un peu de mal de gorge, des accidents nerveux tels que du délire, etc. » Il est un peu plus intéressant à consulter à propos de l'exanthème pharyngien, quoiqu'il ne se montre en réalité guère original. « La rougeur *framboisée* de la muqueuse buccale et pharyngienne est un phénomène presque constant dans la scarlatine ; cependant l'*époque* de son apparition varie beaucoup. Tantôt, en effet, elle précède l'exanthème cutané, d'autres fois elle apparaît

avec lui ; dans quelques cas, elle lui est postérieure et n'est même bien visible que pendant la troisième période ». A propos des variétés, il parle bien entendu de la scarlatine angineuse. « Ainsi l'angine qui a ordinairement une médiocre intensité peut être beaucoup plus vive et devenir même le symptôme prédominant. On dit alors que la scarlatine est angineuse (Willan). Dans cette variété, les symptômes précurseurs sont en général plus graves ; la douleur et le gonflement de la gorge existent dès le début ; la déglutition est très difficile ; les amygdales sont tuméfiées et d'un rouge cramoisi ; elles se recouvrent, ainsi que tout le fond de la gorge, d'une matière pultacée grise ou jaune, qui se colore quelquefois en noir, lorsque du sang a été exhalé, qui se détache aisément et se reproduit de même. Enfin les ganglions sous-maxillaires sont volumineux, très sensibles ; on les a vu quelquefois s'abcéder et constituer de véritables bubons scarlatineux. Dans la scarlatine angineuse, la fièvre est plus vive ; il y a souvent des nausées, des vomissements, de la diarrhée. En général l'éruption apparaît un jour plus tard que dans la forme précédente. Au lieu d'occuper toute la surface du corps, elle n'existe souvent que dans des points limités comme aux aines, aux aisselles et aux mains ; elle disparaît parfois du jour au lendemain, et la desquamation se fait moins régulièrement. »

Sans être beaucoup plus explicite, Andral a eu du moins le mérite d'insister sur le diagnostic de l'angine scarlatineuse pultacée avec la diphtérie secondaire qu'il regarde comme envahissant fréquemment les voies aériennes.

« C'est à elle qu'on doit rapporter la scarlatine *angi-*

neuse, dans laquelle, on le comprend sans doute, l'inflammation de l'isthme du gosier est beaucoup plus intense, dans laquelle on voit aussi cette inflammation devenir couenneuse, et, dans ces cas, un vrai croup vient compliquer la maladie Il ne faut pas confondre cette angine couenneuse avec celle qui se montre souvent dans la scarlatine, accompagnée d'une matière pultacée, grise ou jaunâtre, blanche ou caséeuse.

« M. Rayer, qui a examiné avec soin cette matière pultacée, l'a trouvée molle et peu adhérente aux parties qu'elle recouvre ; elle se reproduit très vite après qu'on l'a enlevée.

« C'est à cette matière que Planchon a donné le nom de *croûte ou de crasse aphteuse*. Fothergill et Huxham l'ont considérée comme des escarres et des ulcères ; leur erreur provient sans doute de ce qu'on voit souvent ces plaques brunes ou noires recouvertes alors par du sang. »

C'est Valleix, en somme, parmi les auteurs de traités de pathologie interne, *qui a le mieux profité des recherches nouvelles*, et l'article qu'il a consacré à la question se fait remarquer par ses habituelles et éminentes qualités d'érudition, d'impartialité, de clarté et de sens clinique. Il a bien mis en relief l'importance diagnostique de la *précocité de l'exanthème pharyngien*. « Il importe d'examiner attentivement la bouche et le pharynx, parce que, dans un assez bon nombre de cas du moins, un piqueté rouge un peu foncé sur un fond rouge vif, se montre à la voûte palatine, au voile du palais, sur les parois du pharynx, un certain temps avant que l'éruption soit bien caractérisée ou même ait commencé à paraître. En outre, l'angine qui est un caractère important de la scarlatine, se montre aussi assez souvent avec une intensité notable pendant

cette période d'invasion. » Au stade d'*éruption*, « on observe de la rougeur au pharynx, ainsi que les phénomènes d'angine déjà indiqués ; les tonsilles, plus grosses, se couvrent de plaques molles, minces, blanchâtres, pultacées ; leur gonflement forme à l'extérieur une tumeur plus ou moins marquée, et l'engorgement des ganglions sous-maxillaires ajoute encore à la tuméfaction. »

Quant à la *scarlatine angineuse*, « apparaissant ordinairement avant l'éruption, elle peut ne se montrer que dans le cours de celle-ci, et même, dans quelques cas rares, pendant la desquamation. De plus, les Anglais, et récemment Rilliet et Barthez ont observé une irrégularité très remarquable de l'angine, dans un certain nombre de cas. Ils l'ont vue, en effet, après un ou plusieurs jours d'accroissement, diminuer d'une manière notable, pour reprendre bientôt une nouvelle intensité ; ils ont vu même des fausses membranes tomber et se renouveler en vingt-quatre heures, et quelquefois au bout d'un ou deux jours de durée, des fausses membranes évidentes disparaître pour ne plus se montrer. »

Voici quels seraient les signes distinctifs de l'angine pultacée scarlatineuse et de la pharyngite couenneuse, dans les cas où l'éruption manque. « L'angine pultacée scarlatineuse se montre dans le cours d'une épidémie de scarlatine. Invasion violente. Amygdales plutôt enduites par l'exsudation que couvertes de pseudomembranes. L'exsudation se produit sur des parties d'un rouge écarlate. Exsudation blanche, opaque, caséiforme, se laissant facilement sillonner par un corps un peu dur. Exsudation envahissant simultanément toute l'étendue de l'arrière-bouche, et souvent celle des narines. *Médiocre tendance à se porter vers les voies respiratoires.* L'angine couen-

neuse se montre en dehors des épidémies de scarlatine. Invasion insidieuse. Amygdales couvertes de pseudomembranes évidentes. La pseudomembrane diphtéritique se produit sur les parties qui présentent une rougeur inflammatoire. Pseudomembrane grisâtre, tenace, ne recevant pas facilement l'empreinte d'un corps dur. Pseudomembrane commençant par des îlots sur les amygdales et de là se portant vers le larynx. *Tendance extrême à envahir les voies respiratoires.* »

Dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu, Trousseau dépeint ainsi les phénomènes angineux dane les formes régulières du mal. « La scarlatine, nous l'avons établi, est une maladie *essentiellement angineuse. Quelque bénigne qu'elle soit*, il est bien rare qu'elle ne soit pas accompagnée de mal de gorge, comme il est rare que la rougeole, même très légère, ne soit pas accompagnée de douleur du larynx. Ce mal de gorge se retrouve aussi dans la variole, car la présence de trois ou quatre pustules sur le pharynx suffit pour l'occasionner ; mais l'angine varioleuse diffère incontestablement de l'angine scarlatineuse.

« Dès les premiers jours de la maladie dans la scarlatine, le voile du palais est rouge, d'une teinte analogue à celle de la peau, plus foncée pourtant ; l*es amygdales, légèrement tuméfiées, sont d'une couleur violacée.* La fièvre marche et après deux, trois ou quatre jours, apparaissent souvent sur l'une des tonsilles, quelquefois sur les deux, de petites concrétions blanchâtres, ordinairement d'un blanc laiteux, à moins que, le malade ayant vomi, elles ne soient colorées par quelques substances venues de l'estomac. » L'auteur décrit avec soin à ce propos ces dépôts pultacés. « En les examinant de près, en les enlevant avec le manche d'une cuiller, vous reconnaîtrez qu'elles diffèrent des

fausses membranes diphtériques. Celles-ci, d'un blanc jaunâtre, sont adhérentes, et lorsqu'on les saisit à l'aide d'une pince, elles s'enlèvent généralement par lambeaux; les concrétions scarlatineuses pultacées, moins adhérentes à l'amygdale qu'elles recouvrent, n'ont pas le caractère de la fausse membrane, et ressemblent bien plus à ces sécrétions qui se font à la surface des ulcères de mauvais aspect. En réalité, il n'y a là qu'un mélange d'épiderme et de matière sébacée produite par l'amygdale et non point une sécrétion pseudomembraneuse. Peter a, en effet, démontré que l'angine pultacée est caractérisée par une production exagérée d'épithélium, qui, en se desquamant rapidement, donne naissance à ces plaques d'apparence couenneuse. C'est, on le voit, une affection qui n'a rien de diphtérique. » A côté de ces pharyngites si bénignes, il y en aurait de plus sérieuses. Trousseau ne parle que de celles qui s'aggravent progressivement.

« L'affection faisant des progrès, l'intensité de l'angine peut devenir assez considérable pour gêner la respiration et surtout la déglutition. Le malade rend ses boissons par le nez ; sa voix est nasillarde, les ganglions du cou, principalement ceux de l'angle de la mâchoire, s'engorgent. En dehors de toute intervention médicale, ou sous l'influence d'une médication très peu active, au moment où l'éruption scarlatineuse de la peau s'éteint et s'efface, cette angine rétrocède également. Les amygdales se dépouillent également de leurs concrétions, tout en restant rouges et quelquefois excoriées ; l'affection est guérie. Cependant la langue et la gorge restent encore sensibles [1], et cet excès de sensibilité persiste plus longtemps sur le pre-

1. Cette angine tardive sera nettement distinguée par Jaccoud et Lasègue de l'angine scarlatineuse précoce.

mier de ces organes que sur le second. Tout se termine par une sorte de desquamation analogue à celle que nous avons déjà vu se faire sur la langue. »

Trousseau avait observé maintes fois, ainsi que son maître Bretonneau, la diphtérie secondaire à la scarlatine. Comme Graves, il lui assignait une venue tardive, soit vers la fin de la maladie, soit au moment de la convalescence. On savait déjà, notamment depuis les recherches de Rilliet et Barthez, que l'angine pseudomembraneuse secondaire présente une gravité extrême, sur laquelle Peter devait insister de nouveau plus tard.

« Des individus prennent une scarlatine de *moyenne gravité*; ils ont un peu de délire la nuit, à peine quelques accidents nerveux ; le pouls est assez fréquent, la douleur de gorge est du reste *assez modérée*. La maladie arrivée au huitième ou neuvième jour, il semble que la guérison soit assurée ; la fièvre est tombée, l'éruption a disparu. Tout à coup un engorgement considérable se montre à l'angle des mâchoires[1]. Il occupe non seulement cette région, mais s'étend encore au cou et à une partie de la face ; un liquide sanieux, fétide, très abondant s'écoule des fosses nasales ; les amygdales sont très volumineuses ; l'haleine exhale une odeur insupportable ; le pouls reprend subitement une grande fréquence, il est petit ; le délire reparaît, d'autres accidents nerveux se produisent. Puis le délire persistant, le coma survient ; en même temps la peau se refroidit, le pouls devient de plus en plus misérable et le malade succcombe, après trois ou quatre jours dans une lente agonie, où il meurt subitement enlevé, comme par une syncope.

1. Chez des sujets, névropathes il est vrai, et d'un certain âge, nous avons vu la convalescence de la scarlatine s'accompagner de paresthésies diverses tenaces et de véritables névralgies.

« Comment expliquer ce qui s'est passé ? On peut se demander si la diphtérie n'est pas venue compliquer la scarlatine et se jeter à la traverse. Ces phénomènes, il faut le dire, ressemblent tellement aux formes terribles de cette épouvantable maladie, à ces formes qui tuent les individus, adultes ou enfants, avant que l'affection couenneuse ait eu le temps de se propager au larynx, les fausses membranes restant localisées aux fosses nasales, aux oreilles, à la gorge, ces phénomènes ressemblent tellement à ceux qui caractérisent ces formes foudroyantes de la diphtérie maligne, qu'on est tenté de croire que ce n'est plus la scarlatine, mais bien cette dernière et funeste affection qui est venue emporter le malade. Je suis d'autant plus disposé à accepter cette manière de voir que, dans quelques circonstances, le larynx est envahi. Graves cite des observations d'individus mourant du croup à la fin d'une scarlatine et guérissant de cette fièvre exanthémateuse après avoir rendu des fausses membranes tubulées, moulées sur la trachée. Graves, en citant ces faits, me reproche d'avoir méconnu cette forme de l'angine scarlatineuse ; je l'avais en effet méconnue, et je disais : la scarlatine n'aime pas le larynx. Mais, pendant mon séjour à l'hôpital des enfants, j'avais, dans un un grand nombre de circonstances, trouvé une identité si extraordinaire entre l'angine maligne scarlatineuse et l'angine maligne diphtérique que j'avais été ébranlé dans mon opinion.

« Aujourd'hui, je ne puis m'empêcher de croire, bien que n'osant l'affirmer, que ces accidents dont je viens de parler ne sont autre chose que des accidents diphtériques arrivant à la fin de la scarlatine comme une complication redoutable. Les malades succombent en réalité, avec

tous les symptômes de l'empoisonnement diphtérique : refroidissement général, petitesse du pouls, fétidité de l'haleine qui s'exhale par la bouche et par le nez, pâleur universelle de la peau ; tous symptômes qui ne s'observent dans aucune autre espèce d'affection grave. Il peut donc se faire que les individus étant placés dans des conditions particulières, au milieu d'un foyer épidémique, il peut se faire que l'angine scarlatineuse devienne le point d'appel d'une fluxion diphtérique, absolument comme une petite excoriation derrière l'oreille, comme une ulcération de la vulve ou des plis de la peau, comme tout autre plaie peut, chez les individus se trouvant dans les mêmes conditions épidémiques, devenir le point de départ des manifestations de la diphtérie. Ce qui tend encore à me fortifier dans cette manière d'envisager les faits, c'est que, de ces angines survenant subitement au neuvième et dixième jour de la scarlatine, je me rappelle n'avoir vu guérir qu'une malade ; tandis que pour la véritable angine scarlatineuse même grave, ayant débuté avec la fièvre exanthémateuse et arrivant à son minimum d'intensité vers le cinquième, sixième, septième et huitième jour de la maladie, la guérison est la règle et s'opère le plus souvent sans le secours de l'art[1]. »

Noirot a fort bien décrit les phénomènes du début qui se montrent du côté de la cavité buccopharyngée. « Les voies digestives sont notablement affectées pendant les

1. Comme on le voit, les infections secondaires compliquant la fin de la scarlatine n'avaient pas été définitivement élucidées, malgré les travaux de Guéretin, de Giraudeau et surtout de Rilliet et Barthez ; les uns y voyaient surtout de l'angine pultacée, d'autres de la diphtérie, et la parenté de celle-ci avec la scarlatine semblait telle à quelques-uns qu'ils confondaient ensemble les deux maladies.

prodromes de la scarlatine. La langue, d'abord chargée à sa base d'un enduit jaune ou blanchâtre, devient bientôt d'un rouge vif dans toute son étendue; ses papilles se tuméfient et donnent quelquefois à la pointe de l'organe l'aspect d'une fraise. W. Matou (*Medic. Transact. by the College of physicians* in London, t. V) a attaché beaucoup d'importance à ce symptôme qu'il regarde comme un indice certain d'une scarlatine latente. La rougeur s'étend aussi quelquefois aux gencives, à la face interne des joues et à la membrane de Schneider. A ce phénomène vient se joindre une affection de la gorge qui débute par une sensation de sécheresse au pharynx et une tension douloureuse des muscles extérieurs du cou avec gonflement et dureté de ceux-ci (*Von dem Wesen und der Heilmethode der Scharlach*, Berlin, 1822. — *Fischer*, *Darstellung des Scharlach*. Prag, 1832).

« En inspectant l'arrière-bouche, on trouve les amygdales plus rouges que de coutume, marquées de points blancs et tuméfiées. L'angine pharyngée est parfois intense au bout de quelques heures; dans d'autres cas, la rougeur diffuse et le gonflement ne s'observent qu'à la dernière période, et l'on n'aperçoit aux tonsilles, au voile du palais et à ses piliers, que des stries rouges plus ou moins larges auxquelles Reich (*Neue Aufschlusse über die Natur und Heil. des Scharlachfiebers*, Halle, 1810, p. 113) refuse le caractère inflammatoire. Le gonflement des parties internes est quelquefois sensible à l'extérieur (*Cappel*, *Abhandlung vom Scharlach*, 1803, p. 66). La déglutition est difficile et le malade éprouve à la gorge une sensation pénible de brûlure et de grattement. Cette dernière sensation est quelquefois très prononcée sans que l'arrière-bouche offre aucune rougeur; et réciproque-

ment l'inflammation peut être intense et la douleur presque nulle. Le picotement douloureux qui se fait sentir à la gorge se propage quelquefois jusqu'à la trompe d'Eustache et détermine des bourdonnements d'oreille et une espèce de surdité (Mondières). »

Ces complications auriculaires sont déjà assez bien étudiées par Noirot. Il rappelle que Morton est un des premiers auteurs (*Opera medica*, 1737, t. II) qui aient parlé de ces otites qui seraient assez fréquentes, du moins au cours de certaines épidémies, quoique Rilliet et Barthez les considèrent comme rares. La suppuration qui en résulte pourrait déterminer la carie, puis l'expulsion au dehors des osselets, suivant Clarke (*Observations on fevers and on the scarlet fever*, London, 1780) et Kennedy (*London medico-chirurgical review*, 1843), et la destruction du tympan (Clarke). Entraîné par les idées métastatiques de l'humorisme, qui ont si longtemps prolongé leur influence, Berndt (*Klinische Mittheilungen*) considérait ces troubles comme un phénomène favorable dans les formes cérébrales de la scarlatine. Kreysig et d'autres prétendirent (Kramer est de cet avis) que les écoulements purulents au cours de l'affection provenaient d'un abcès cérébral. Enfin Pfeiffer (*Der Scharlach*, Bamberg, 1815) aurait observé comme conséquence de cette pyrexie exanthématique une carie du temporal et de l'occipital avec surdité partielle et embarras de la parole.

Les complications diphtériques sont exposées avec détails et d'une façon intéressante. Noirot a bien utilisé à ce point de vue les travaux de l'époque. Il emprunte à l'école de Tours les éléments du diagnostic entre l'angine pultacée scarlatineuse et la diphtérie secondaire à cette fièvre. « Les belles recherches de Bretonneau sur l'in-

flammation du tissu muqueux ont jeté un grand jour sur le diagnostic, jusque-là si obscur, de l'angine scarlatineuse et de l'angine diphtéritique. » Voici les caractères différentiels indiqués par l'écrivain.

« La scarlatine angineuse débute par un trouble extrême de la circulation et des fonctions respiratoires, par le vomissement, la céphalalgie, et souvent le délire ; tandis que dans la première période de l'angine diphthéritique, le mouvement fébrile est éphémère et à peine sensible, les fonction organiques et celles qui appartiennent à la vie de relation sont si peu troublées que le plus souvent les enfants qui sont déjà dangereusement atteints conservent leur appétit habituel et continuent leurs jeux. Dans la *première* de ces maladies [1], les deux amygdales, le voile du palais et la pointe de la langue sont le siège d'un gonflement considérable et d'une rougeur très vive ; dans la seconde, on n'observe qu'une tuméfaction, peu considérable, de l'une des amygdales ; les parties qui environnent la concrétion pelliculaire sont les seules qui présentent une rougeur vive ; la langue et le voile du palais conservent leur teinte naturelle. L'inflammation scarlatineuse envahit simultanément tous les points des surfaces muqueuses qu'elle doit occuper ; on pourrait même dire sans erreur qu'elle les envahit au même instant, une différence manifeste de texture suffisant pour rendre compte du retard de l'apparition de la phlogose et de la nuance particulière de son aspect ; une sécrétion d'un blanc de lait recouvre simultanément les deux amygdales, la langue, le voile du palais, la face interne des joues ; en même temps la fièvre persiste ou augmente ; souvent le pouls est irrégulier, et il se manifeste du délire. Dans *l'angine*

1. L'angine scarlatineuse.

diphtérique, la fausse membrane ne recouvre d'abord que l'une des amygdales ; elle gagne de proche en proche, s'étend à la manière d'un liquide, et passe d'une amygdale sur l'autre en envahissant auparavant le voile du palais et la partie postérieure du pharynx et des fosses nasales ; éminemment locale, c'est d'un seul point que l'inflammation se propage avec plus ou moins de rapidité aux surfaces qu'elle envahit graduellement. En même temps la fièvre cesse, et toutes les fonctions se rétablissent. La marche de la scarlatine est très aiguë ; chacune de ses phases s'accomplit dans les termes d'une durée limitée; aucun terme fixe ne limite les progrès successifs de la diphtérie, si l'occlusion des voies aériennes n'apporte pas un terme à sa durée. La phlegmasie scarlatineuse du pharynx n'a aucune tendance a envahir les voies aériennes ; les concrétions blanches disparaissent peu à peu, et la voix qui était nasonnée tant que la tuméfaction des amygdales était considérable, reprend son timbre naturel dès qu'elle a cessé. La diphthérite a une tendance extrême à se propager dans les canaux aérifères. Les premiers symptômes se dissipent presque entièrement ; la déglutition est facile, non douloureuse, mais tout d'un coup il survient de la toux, et la voix se voile, la toux est sèche, rare, courte, rauque et enfin éteinte ; la voix qui était devenue rauque ne semble plus qu'un filet d'air qui passe à travers un tuyau de métal ; la respiration s'embarrasse, la dyspnée se manifeste par accès de plus en plus rapprochés et le malade périt asphyxié. La scarlatine est souvent accompagnée de vésicules occupant les parties latérales du cou, les poignets, les cous-de-pieds ; presque toujours il existe une desquamation cutanée, soit générale, soit partielle ; quelque-

fois la maladie est suivie d'anasarque. Dans la diphthérite on n'observe jamais ni vésicule, ni desquamation, ni anasarque. Le traitement topique, en modifiant de la manière la plus satisfaisante l'inflammation couenneuse dans la scarlatine, n'abrège pas la durée de la maladie, n'en diminue pas les dangers et ne met point les malades à l'abri d'accidents consécutifs plus ou moins graves et d'une convalescence plus ou moins pénible. Si un traitement topique modifiait l'inflammation diphthéritique, le retour à la santé est obtenu aussitôt que la maladie locale est terminée. Les épidémies les plus meurtrières d'angine scarlatineuse moissonnent à peine un tiers ou un cinquième de ceux qui en sont atteints, quelle que soit la médication employée, le plus souvent la mortalité est beaucoup moindre. Il est à peu près prouvé que tous ceux qui sont affectés d'angine diphthéritique périssent si la maladie est abandonnée à elle-même. »

Après avoir décrit les accidents gangreneux et mentionné les hémorrhagies parfois mortelles qui peuvent en être la conséquence lors du détachement de l'escarre, il indique les complications principales dont peuvent être atteints les scarlatineux suivant le stade de la maladie. « Quant à la nature des accidents que l'on peut redouter dans chacune des périodes de la scarlatine maligne, on doit craindre, disent Schnitzer et Wolf (*Handbuch*, Leipzig, 1843, t. II), au début de l'éruption, le coup de sang jusqu'au quatrième jour ; la gangrène jusqu'au neuvième, la possibilité d'une détermination locale, telle qu'encéphalite, trachéite, hépatite et pneumonie ; et, après neuf jours, l'anasarque, l'induration des glandes, etc. » Il tient compte du génie épidémique. « Le caractère de l'épidémie régnante doit entrer

pour quelque chose dans le pronostic de chaque cas isolé. Cependant il peut se présenter des cas très bénins dans les épidémies les plus meurtrières, et *vice versa* : ce qui se conçoit facilement, puisqu'un grand nombre de circonstances individuelles peuvent modifier chez chaque sujet le caractère de la maladie. »

Dans un mémoire clinique intéressant, Fallot a cherché à démontrer que l'angine était la caractéristique essentielle de la scarlatine, qu'elle ne manquait jamais, tandis que l'éruption pouvait faire souvent défaut. Ces angines scarlatineuses, sans exanthème, pourraient présenter tous les degrés d'intensité qu'on observe dans les formes normales de la scarlatine. De nombreux faits cliniques, cités par l'auteur à l'appui de ces assertions, furent recueillis au cours d'une épidémie observée par lui à Montpellier, dans l'automne et l'hiver des années 1858-1859.

Bien que Noirot et après lui quelques auteurs allemands et anglais mentionnés par cet écrivain (voir plus haut) aient indiqué les *otites scarlatineuses*, que Kramer les eut signalées d'une façon assez explicite, c'est Triquet qui, concurremment avec Toynbee et Troeltsch, a eu le mérite de les faire bien connaître. A vrai dire, elles sont englobées en partie dans une série de recherches fort intéressantes sur les otites qui se développent dans le cours des grandes pyrexies. « De tout temps[1], dit-il, on a remarqué que pendant la durée des fièvres graves, certains liquides puriformes ou sanguinolents peuvent s'écouler par les oreilles. De nos jours encore rien n'est plus commun durant le

1. Hippocrate avait affirmé, dans les *Prénotions* et les *Aphorismes*, que les fièvres peuvent se compliquer d'accidents du côté des oreilles.

cours de ces mêmes affections (rougeole, variole, scarlatine, fièvre typhoïde) que ces écoulements qui se prolongent toujours longtemps après la disparition de la maladie principale, entraînant avec eux et d'une manière presque constante la perte de l'ouïe du côté affecté, ou bien, ce qui est plus grave encore, une surdité plus ou moins complète et rebelle, si la maladie siégeait des deux côtés à la fois; le phénomène morbide caractérisé par l'écoulement des oreilles (otorrhée) et pouvant amener la surdité est donc une des plus importantes questions de la chirurgie auriculaire. Toutefois, malgré son importance, dès les temps les plus reculés, comme dans ceux qui sont les plus rapprochés de nos jours, cette étude si intéressante ne me paraît pas avoir fixé suffisamment l'attention de nos médecins. » Il rappelle que Chomel, Rilliet et Barthez, si explicites sur d'autres points, mentionnent à peine ces otites. Triquet a non seulement signalé les principaux symptômes, mentionné les vertiges, les bourdonnements, mais encore étudie très attentivement les lésions morbides au cours de nombreuses autopsies. Ainsi, dans un cas de scarlatine mortelle chez une femme de trente ans, on trouve notés un épaississement avec vascularisation de la membrane du conduit auditif externe, un tympan déchiré, rouge, tuméfié, la caisse remplie entièrement d'un pus sanieux et fétide d'aspect rougeâtre, la membrane qui tapisse cette cavité rouge et tomenteuse avec des végétations de la grosseur d'une tête d'épingle au nombre de trois et placées du côté du promontoire. La muqueuse des trompes était rougeâtre, boursouflée, la chaîne des osselets cariée et rompue; seul l'étrier avait conservé sa situation. Le labyrinthe paraissait seulement un peu congestionné.

Le seul tort de Triquet, et c'était plutôt celui de l'époque et de Kramer, consiste à ne pas avoir entrevu le mode de production exact des lésions. Il penche pour une propagation du *conduit à la caisse*, tandis que l'invasion se faisait en réalité par la *trompe*. L'obstination des auteurs à ne tenir compte que de la myringite est d'autant plus surprenante que, depuis longtemps, on savait que les phlegmasies gutturales se propagent fréquemment à la trompe (voir le chapitre consacré à l'Angine aiguë simple[1].

Lebert repousse l'existence de la scarlatine angineuse, qu'il considère comme une simple exagération de la forme normale ; mais, par contre, il admet une variété maligne ou typhoïde, qui amènerait rapidement la mort, même en dehors de toute complication. Dès la période prodromique, les parois pharyngées subiraient un gonflement notable, principalement les amygdales et la luette. Parfois les tonsilles gêneraient la respiration considérablement, en même temps que leur rapprochement s'opposerait à toute déglutition. Les parties seraient recouvertes d'un exsudat purulent, parfois membraniforme et des ulcères apparaîtraient rapidement sur les amygdales, amenant des destructions parfois très étendues. Ces ulcères auraient une appparence putrilagineuse et simuleraient la gangrène à s'y méprendre. L'aspect du malade, pâle, déprimé, à figure bouffie, à cou tuméfié par l'hypertrophie des

1. La faute doit surtout retomber sur Kramer qui avait continué sur ce point les traditions fautives d'Itard. Les recherches anatomopathologiques de Toynbee, assez confuses dans l'énorme complexité des matériaux qu'elles exposent, firent à ce sujet une réaction utile, dont Troeltsch profita. Triquet exécuta ses investigations dès 1848, par conséquent à une période très précoce; ce qui leur donne une grande valeur.

ganglions cervicaux, décèlerait l'adynamie la plus profonde. Parfois cependant, malgré la gravité des désordres locaux et généraux, il y aurait guérison.

En 1855, Marchal de Calvi publia dans l'*Union médicale* un cas intéressant dû à Buttura et prouvant que l'angine scarlatineuse pouvait en *imposer pour une méningite*. Il s'agissait d'une fillette de douze ans venue à Paris avec son père, négociant à Bordeaux, qui fut prise d'une fièvre intense avec céphalalgie atroce et angine modérée. On crut reconnaître une encéphalite et on prescrivit de la glace sur la tête, du calomel, des révulsifs aux jambes. Des convulsions ne tardèrent pas à survenir; mais, Buttura ayant été appelé constata, en explorant la gorge, que celle-ci était tapissée par des dépôts blanchâtres. L'enfant succomba pendant la nuit.

Peu après Buttura, frappé par les particularités que lui avaient révélées de nouveaux cas, entreprit sur la scarlatine sans éruption un travail important au point de vue historique et au point de vue clinique, qui élucidait entièrement cette question encore peu connue. Son attention avait, du reste, été attirée déjà sur ce point par le docteur Alquié, professeur au Val-de-Grâce et médecin consultant de l'empereur, qui avait mentionné à plusieurs reprises devant ses élèves la possibilité de l'absence complète de l'exanthème, éventualité dont il aurait vu plusieurs cas. Le professeur Lévy, directeur du Val-de-Grâce, voulut bien lui communiquer aussi une observation intéressante qu'il consigna dans sa monographie. Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire l'historique de Buttura.

Il répartit les auteurs en deux paragraphes suivant

qu'il y a ou non doute sur *l'existence de la scarlatine sans exanthème.*

« Comme nous l'avons dit, quelques auteurs doutent de l'existence de la scarlatine sans exanthème. Janin de Saint-Just (*Dict. des scien. méd.* Art. *scarlatine*), qui regarde la scarlatine comme une phlegmasie cutanée, ne veut pas admettre la scarlatine sans exanthème et regarde les observations rapportées comme des erreurs de diagnostic.

« Dans le *Dictionnaire abrégé des sciences médicales*, l'angine est considérée comme une complication. C'est une maladie arrivant dans une maladie; il y a deux phlegmasies, ou phlegmasie de deux organes. Aussi l'auteur anonyme de cet article ajoute-t-il : c'est une idée baroque d'appeler scarlatine une angine qui survient dans une épidémie de scarlatine. »

« Chose singulière, l'auteur, après avoir rapporté un passage important de Pinel, quant à la contagion, ajoute : « Nous avons vu tout récemment la grand'mère d'une petite fille affectée de scarlatine, éprouver une violente angine, peu après lui avoir donné des soins assidus. Mais nous n'osons assurer qu'il y ait eu contagion dans ce cas. »

« Grisolle (*Traité de pathologie*, 3e édit., t. I, p. 123) n'est pas convaincu de l'existence de la scarlatine sans exanthème ; il croit que l'éruption partielle et éphémère est inaperçue par les malades et par les médecins. Les faits rapportés par Dance, par Trousseau et Taupin ne sauraient dissiper tous les doutes. Ce qu'on a appelé improprement scarlatine, dit Baumès (*Nouvelle dermatologie*, Paris et Lyon, 1842, t. I, p. 42), n'a été vu que dans quelques épidémies, ou après les symptômes précurseurs, après tout l'appareil symptomatologique semblant annoncer l'influence sur le corps de certains indi-

vidus de la cause de la scarlatine, il n'y avait presque pas d'éruption à la peau, ou seulement de la démangeaison et une desquamation très légère. H. Roger, médecin des Hôpitaux (Des éruptions cutanées dans les fièvres, *Thèse de Concours*, 1847, p. 42), dont on connaît les travaux importants sur les maladies des enfants particulièrement, ne croit pas aux exanthèmes sans exanthème. Bien que la chose lui semble *à priori* fort possible, il ne la considère nullement comme démontrée. Les faits rapportés par Dance, par MM. Trousseau et Taupin ne lui paraissent pas devoir entraîner la conviction ; il suspend donc son jugement, en réputant (avec Descartes) presque comme faux tout ce qui n'est que vraisemblable. « Quant à la scarlatine sans exanthème, dit Bouillaud, son existence ne me paraît pas plus démontrée que celle de la rougeole de même espèce, et l'on peut d'ailleurs appliquer à la scarlatine ce que nous avons dit de la rougeole, relativement à certaines circonstances qui peuvent exercer une influence plus ou moins marquée sur le développement de l'éruption cutanée. » Et M. Bouillaud ajoute en note : « Je prie le lecteur de bien faire attention que je ne nie pas absolument l'existence de la scarlatine sans éruption, mais je me borne à déclarer que cette existence ne me paraît pas démontrée par des faits assez exactement observés. Après avoir avancé que Huxham, Bayer, Stoll et Dance ont constaté l'existence de fièvres scarlatines sans éruption, M. Roger ajoute qu'il ne les a point observées non plus. « Je suis bien loin d'ailleurs de conclure, des faits qui me sont propres, que leur existence est impossible, car ces faits ne sont pas assez nombreux et n'ont pas été recueillis, d'ailleurs, pendant le cours de grandes épidémies de scarlatine. Encore une fois, je m'en

tiens strictement à cette assertion, savoir que dans l'état présent de la science les faits sur lesquels on se fonde pour admettre la scarlatine sans éruption aucune, ne me semblent pas suffisamment circonstanciés. » *Traité de nosographie méd.*, Paris, 1846, t. II, p. 148 et 149). Bouillaud.

« Voyons maintenant les raisons de ceux qui admettent la scarlatine sans exanthème en commençant par Joseph Frank. « Plusieurs fois la scarlatine, dit-il, s'est offerte à nous, ainsi qu'à d'autres, avec la fièvre et une affection de la gorge sans aucun exanthème. La présence d'une telle fièvre scarlatine s'appuie sur ce que le malade, qui n'a jamais été pris de scarlatine au moment où cette maladie règne, tombe dans une fièvre avec affection de la gorge, présentant les caractères d'une angine scarlatineuse ; il a la peau très brûlante. Et la maladie se termine après avoir duré autant que la scarlatine, principalement par desquamation de l'épiderme. Cependant les exemples de fièvre scarlatineuse sans scarlatine seraient plus rares si l'on examinait avec soin la peau dans tous les cas, et si l'on tenait plus compte de la rougeur partielle. »

« Beaucoup d'épidémies décrites sous le nom d'angine par les observateurs étaient très certainement des épidémies de scarlatine, car ils notent presque toujours dans un certain nombre de cas l'éruption comme complication ; le garrotillo, le mal de gorge gangreneux de Naples, sont dans ce cas ; ainsi Kortum a observé une épidémie dans la première période de laquelle l'exanthème se montrait à peine chez un tiers des scarlatineux.

« Dans *Hufelands journal* (4e cahier, 1842), se trouve le travail de Joël de Berlin sur la scarlatine sans exanthème. On peut consulter la dissertation d'Autenriett sur le même

sujet. M. Noirot cite lesdits travaux comme démontrant l'existence de la variété de scarlatine qui nous occupe.

« Pour Cullen (*Traité de médecine*, t. II, p. 41), la maladie est pour ainsi dire l'angine, elle est ou non accompagnée de l'éruption à la peau. « Dans le temps où la fièvre scarlatine se répand parmi les jeunes sujets, souvent l'angine seule se manifeste parmi les adultes », dit Stoll, dans son cinq cent quatre-vingt-neuvième *Aphorisme*. Eichel s'exprime à peu près de même. »

« Hamilton rapporte avoir souvent constaté une angine scarlatineuse avec ulcération des amygdales sans exanthème.

« On sait que la scarlatine sans éruption a été observée par Fothergill. Huxham, dans sa dissertation sur le mal de gorge avec ulcère malin, dit : « Le plus communément, avant l'angine, venaient des exanthèmes ; mais plusieurs fois nous vîmes les éruptions cutanées succéder au mal de gorge et elles étaient quelquefois considérables, quoiqu'il eût été médiocre, ou qu'il n'y eût pas même de douleur, lorsqu'au contraire après le mal de gorge le plus cruel il n'y avait aucune éruption, quoiqu'il y eût encore, dans ces cas, grande démangeaison, et que la peau s'enlevât ensuite par écailles. »

« Bateman fait de la scarlatine sans exanthème la quatrième variété de cette maladie.

Alibert l'admet comme le prouve le passage suivant :

« Mon savant ami feu Chevassieu d'Audebert a très bien démontré que les circonstances particulières impriment aux maladies éruptives des déterminaisons et une marche critique diverses, et que les exanthèmes sont particulièrement sujets à ces transformations. Les saisons, les âges, l'idiosyncrasie des sujets, détournent et déna-

turent l'éruption, sans qu'on puisse dire, pour cela, que la forme essentielle de l'affection ait changé. Ce praticien donnait des soins à trois jeunes personnes malades, dans le même appartement, d'une fièvre scarlatine régulière et bénigne. La quatrième personne de la maison, qui prenait soin des trois autres et qui était plus âgée, éprouva la même maladie avec les mêmes caractères. Il n'y eut d'autre différence que l'absence de l'éruption, qui n'eut pas lieu chez elle, et qui fut remplacée par des sueurs; c'était la scarlatine *siène scarlatinis.* »

Voici ce que dit Rayer : « La scarlatine sine exanthémate », dans l'épidémie de 1766, a été observée par Fothergill et Huxham à Edimbourg, quelquefois chez les personnes d'un certain âge et très rarement chez les enfants; après le mal de gorge le plus violent, il n'y avait aucune éruption quoiqu'il y eût de la démangeaison à la peau, et qu'on y observât ensuite une desquamation plus ou moins considérable. »

« Dans l'épidémie de Bucking, Hampshire, observée en 1788 par Ramsey, le mal de gorge était un symptôme plus fréquent que l'éruption. Stoll, et dans ces derniers temps un observateur aussi fidèle qu'éclairé, Dance, ont aussi constaté l'existence de ces fièvres scarlatineuses, sans éruption.

« Je ne les ai pas observées; mais cette circonstance tient peut-être à la difficulté de saisir tous les traits d'une épidémie de scarlatine dans la pratique d'une grande ville comme Paris, et à la rareté de cette maladie dans les hôpitaux de Saint-Antoine et de la Charité, où l'on n'admet que des adultes. M. Barrier l'admet: « On sait, dit-il, qu'il existe des fièvres morbilleuses, scarlatineuses, varioleuses, sans éruption cutanée. Des faits de ce genre

ont été constatés par beaucoup d'auteurs, et ont été mis hors de doute par des observations récentes ; nous croyons même avoir observé, dans l'hiver de 1842, un cas d'angine scarlatineuse sans éruption chez un père de famille dont les deux enfants étaient atteints depuis plusieurs jours de la scarlatine ordinaire.

« Piogey, dans une excellente thèse sur la scarlatine (Paris, 1851), admet la scarlatine sans exanthème ; il indique les noms des anciens observateurs et les travaux modernes sur ce sujet.

« Il en est de même de Rolland, dans une thèse fort remarquable sur les symptômes, le diagnostic, les complications et le traitement de la scarlatine (1849, n° 18), des exanthèmes comparés aux énanthèmes, p. 9 et 19.

« MM. Rilliet et Barthez ne doutent nullement de l'existence de la scarlatine sans exanthème. Les faits publiés depuis quelques *années sont concluants;* ils ont observé eux-mêmes une fois cette forme de la fièvre scarlatine, et disent à quelles conditions on peut admettre cette variété.

« Valleix admet la fièvre scarlatine sans exanthème, non seulement d'après les faits rapportés par les auteurs, mais comme l'ayant observée par lui-même. Il en est de même de Requin (*Pathol. méd.*, 1526, v. t. III, p. 338).

« MM. Monneret et Fleury (*Compend. de médecine*, art. Scarlatine) admettent la scarlatine sans éruption.

« Il en est de même de Guersant (*Dict. de méd. en 21 vol.*) et de Guersant et Blache (*Dict. de méd. en* 30 *vol*).

« De même Bouchut, Rosen et Rosenstein (*Traité des mal. des enfants*), M. Bretonneau (Trousseau, *Archives*, 1829, t. XXI, p. 554). Bretonneau (*Aphorisme sur la scarlatine*), dans ses lecons cliniques, dit : « Souvent dans

le cours d'une épidémie de scarlatine, on voit se développer l'angine scarlatineuse sans qu'aucune éruption exanthématique se montre à la surface de la peau. »

« Buttura cite à ce propos l'épidémie de Villeroy rapportée antérieurement par Trousseau, ainsi que celles de Millançay, Marcilly, celle de Saône-et-Loire rapportée par Guillemaut, celles de Bridlington, rapportée par Humphry Sandwill en 1831, celle de Saint-Dié, 1842, rapportée par Carrière, celle de la rue Richelieu, observée par Legroux, agrégé, médecin de Beaujon.

« Dans une épidémie de scarlatine observée à Loudun par Mondières (*Revue méd.*, 1842, t. I, p. 191), cet auteur fait voir que la complication la plus grave a été l'inflammation pseudomembraneuse de la gorge, complication tellement fréquente qu'on pourrait donner à cette épidémie le nom d'angineuse. « Dans deux cas, dit Mondières, j'ai vu toute trace d'éruption manquer sans que pour cela il me fût possible de méconnaître le caractère de l'affection épidémique : c'est cette variété, que quelques auteurs ont nommée *scarlatina sine scarlatina*. »

« Dans l'épidémie de Loches, 1834-1835, le rapporteur, M. Renaud, dit : « J'ai souvent eu à observer des scarlatines sans exanthème », et en rapporte une observation.

« Pendant son internat à l'hôpital des enfants malades, M. Taupin a eu l'occasion d'observer une épidémie de scarlatine ; deux cas de scarlatine sans éruption se sont montrés, et il en relate les observations (Taupin, *Thèse*, n° 266, 1839, Paris) dans sa thèse.

« M. Noirot, dans un travail très remarquable (*Histoire de la scarlatine*, Paris, 1847), admet la scarlatine sans éruption et cite les principaux médecins qui admettent cette variété. Armstrong, qui écrivait en 1818 sur la

fièvre scarlatine, a fait les remarques suivantes : « Avant de terminer l'histoire de la fièvre scarlatine, il est une circonstance sur laquelle on ne peut assez fixer l'attention : lorsque la maladie règne épidémiquement, les enfants et quelquefois les adultes sont pris de symptômes fort graves sans qu'il y ait la moindre apparence d'éruption. »

« Dans un très remarquable travail (*Arch. de méd.*, 1re série, t. XXIII), Dance a appelé l'attention sur les altérations internes dans les affections éruptives. Ce n'est point, en effet, la rougeur cutanée, quelque interne quelle soit, qui, dans la scarlatine, devient la cause matérielle principale de la mort..... Le plus souvent des désordres intérieurs compromettent l'existence d'une manière bien autrement grave. Plusieurs observations viennent prouver que la scarlatine est parfois rapidement mortelle. A la suite, Dance rapporte une observation qu'il regarde comme une scarlatine *sans exanthème*, le malade ayant présenté des symptômes généraux, l'angine intense, etc. « Nous sommes fondé à regarder ce cas comme une fièvre scarlatine sans éruption scarlatineuse, de même qu'il existe, d'après de bons observateurs, des fièvres varioleuses sans variole. Nous nous appuyons sur les trois considérations suivantes : 1° à l'époque où ce fait a été recueilli (1825), il règnait beaucoup de scarlatines ; la maladie s'est montrée épidémiquement et nos observations en font foi ; 2° une simple angine tonsillaire n'a pas cette acuité persévérante, et n'est pas ordinairement suivie de résultats aussi funestes que ceux dont il est fait mention dans le même fait ; 3° enfin, à part l'éruption scarlatineuse, les autres symptômes et les désordres cadavériques s'ac-

cordent avec ceux dont il a été question dans les cas de scarlatine complète. »

« Dance revient encore (p. 393) sur l'épidémie : « C'est à la même époque que la scarlatine régna d'une manière épidémique ; les jeunes gens et surtout les femmes en couches en furent les premières victimes. » (Senn de Genève, *Essai sur la scarlatine puerpérale*, *Thèse*, 1825).

« C'est une des raisons invoquées par Dance pour admettre que sa neuvième observation est bien un cas de scarlatine sans exanthème. »

« Ces variétés d'angines scarlatineuses, dit Buttura, peuvent présenter une gravité et une intensité diverses ». Elles se seraient compliquées fréquemment de diphtérie. L'observation suivante qui lui fut communiquée par le professeur Lévy, ainsi que nous l'avons dit plus haut, montre bien l'allure clinique de ces pharyngites sans éruption cutanée. « A une époque où la scarlatine régnait au Val-de-Grâce sous forme de petite épidémie, Mlle X.... alors âgée de sept ans et logée avec ses parents dans une dépendance de cet établissement, fut atteinte d'nne scarlatine grave qui mit ses jours en danger. La teinte violacée de l'exanthème, une angine pelliculaire avec une dysphagie extrême, un délire ataxique, tels étaient les traits saillants de cette maladie, pendant laquelle Mlle X.... fut soignée jour et nuit par ses parents. Au bout de huit ou dix jours après l'invasion de la maladie chez cette enfant, Mme X...,sa mère, fut prise presque subitement d'un mouvement fébrile assez intense, de céphalalgie, de vomissements ; déjà M. Blache, appelé en consultation dès le début de la maladie chez l'enfant, entrevoyait la transmission contagieuse à la mère ; cependant aux symp-

tômes précités, il ne s'ajouta qu'une angine, mais de même aspect et pelliculaire comme chez l'enfant. Cette angine s'accompagna de gonflement sous-maxillaire et nécessita l'application de divers topiques astringents.

« La maladie a duré environ dix jours, et, une fois dissipée, a laissé de la lassitude et un état de faiblesse générale.

« Je ne crois pas qu'il puisse y avoir le moindre doute sur la nature de l'angine observée chez ces malades ; mais je vois que beaucoup de médecins, non seulement français mais étrangers, ne veulent pas admettre l'angine scarlatineuse, l'éruption cutanée ne devant jamais manquer. »

Un passage, emprunté à la pathologie interne de Gintrac, présente des particulatités à noter (caractère de l'érythème, turgescence des parties atteintes, principalement de la luette, vésicules déjà mentionnées par quelques-uns des auteurs précédemment analysés et qu'ils appelaient aphtes, érosions, propagations des lésions aux fosses nasales, complications auriculaires). Cet article constitue, d'ailleurs, une excellente mise à point qui résume clairement les notions de l'époque.

« Ce n'est que dans la scarlatine très légère et de courte durée que la cavité gutturale ne présente pas d'altération. Mais cette exception est très rare.

« Le malade peut ne pas se plaindre de la gorge ; mais en examinant cette partie, on la trouve sensiblement plus rouge qu'à l'état normal.

« Cette rougeur tantôt précéde l'éruption, tantôt ne se manifeste qu'après le développement de celle-ci (Hagstrœm ; *Ancien Journal*, t. XCIV, p. 78).

« Kennedy n'a jamais vu l'angine manquer dans l'épidémie qu'il a observée (p. 36). Elle est à peu près constante

d'après Trousseau dans tous les cas de scarlatine ; et lorsqu'elle semble faire défaut, on peut supposer qu'elle a passé sans avoir été aperçue (Leçons cliniques, *Gaz. des Hôpit.*, 1854, 1229).

« Elle constituait l'affection principale dans les relations donnés par Fothergill, Huxham, etc. L'exanthème ne paraissait être qu'un symptôme accessoire.

« La rougeur du pharynx et du voile du palais est plus constante que la tuméfaction des amygdales, laquelle cependant a lieu fréquemment; ces organes peuvent prendre un développement considérable, tantôt régulier, tantôt inégal, l'un étant plus volumineux que l'autre et devenant le siège d'un abcès.

« La luette se montre souvent enflammée, infiltrée de sérosité, très élargie dans sa partie inférieure. Kennedy l'a trouvée deux fois parsemée de taches de sang (p. 38).

« Maclean, de New-York, a vu, dans l'épidémie de Princeton, l'intérieur de la gorge couvert de petites vésicules qui souvent avaient précédé l'exanthéme, et qui n'avaient provoqué aucune douleur (*New-York méd. Journ.*) 1844

« Sur le voile du palais, sur les parois du pharynx, sur les tonsilles, on aperçoit dans les cas graves une exsudation épaisse d'une matière blanchâtre, caséiforme, analogue à celle du muguet. Cette matière peut ne former qu'une couche mince ou des taches disséminées, mais fréquemment elle s'accumule et acquiert une certaine epaisseur. Elle tend à s'altérer à cause de la chaleur, de l'humidité et du passage constant de l'air ; elle répand bientôt une odeur infecte.

« Cette matière a quelquefois une plus grande consistance et alors elle prend l'aspect d'une fausse mem-

brane, susceptible de se détacher par lambeaux (David et Ecueuille, *Gaz. méd.*, t. II, p. 90).

« On a constaté des érosions plus ou moins étendues sur les tonsilles et sur le voile du palais. Simme avait remarqué que les ulcérations occupaient surtout le bord adhérent de ce septum (v. p. 398); les surfaces érodées étaient couvertes d'un enduit brunâtre (t. I, 400). Kennedy a vu des ulcérations très étendues sur les tonsilles et dans le pharynx sans douleur vive.

« Le gonflement des amygdales, le prolongement de la luette, l'accumulation de cette matière pultacée qui remplit le pharynx, rendent la déglutition presque impossible et gênent en outre l'entrée de l'air dans les voies respiratoires. La suffocation est rendue plus imminente quand le tissu cellulaire du cou et des environs des parotides est lui-même engorgé. Kennedy a vu l'engorgement s'étendre jusque dans l'épaisseur des muscles pectoraux.

« L'inflammation de la gorge se propage dans les cavités nasales, que remplit un mucus épais et puriforme (Ricken, *Journ. sc. méd.*, Bruxelles, 1843), dans la trompe d'Eustache, d'où résulte un certain degré de surdité (Eichel, p. 16). Quelquefois il s'écoule par le conduit auditif un fluide jaunâtre et fétide (Epidémie de la Mayenne, 1824, *Jour. complém.*, t. XXI, p. 99, *Gaz. méd.*, 1848, p. 956).

« L'intérieur de la bouche est ordinairement d'un rouge plus ou moins vif, la langue est elle-même cramoisie ou comme framboisée ; ses papilles sont développées et sa surface a l'aspect de la fraise. Très souvent elle est recouverte, dès le début, d'un enduit blanchâtre, épais, semblable à celui du pharynx, mais au bout de peu de jours elle se dépouille et on la trouve fort rouge et hérissée de

petites saillies, lesquelles sont quelquefois douloureuses (Carrière, p. 164).

« Il arrive assez fréquemment que cet enduit étant enlevé sur la langue ou dans le pharynx, il se reproduit à plusieurs reprises.

« Kennedy a vu la langue sèche d'un côté et ce côté correspondant à celui où la parotide était engorgée (p. 46). »

A propos de l'*otite*, Gintrac signale l'épidémie de Königsberg (*Gaz. méd.*, 1848, p. 556), où les lésions de la caisse furent souvent suivies de carie avec expulsion des osselets ; les hémorragies par le conduit auditif observées par Kennedy, la paralysie de la face survenue du côté affecté sont mentionnées par Hardy (*Dublin, Quaterly journal*, 1855, p. 202).

En 1860, Laboulbène consacré quelques lignes à la structure des fausses membranes de la scarlatine. Elles pourraient être rapportées à deux types principaux. « Le plus souvent, elles sont blanches, semblables sur leur face libre à un enduit, à une sorte de crasse uniforme, étendue sur les amygdales et la face postérieure du larynx. Cet enduit a plus de ressemblance avec la couche caséiforme du muguet, qu'avec la couenne de la diphtérie. »

Après avoir signalé leurs changements de couleur, leur épaisseur médiocre, leur peu de consistance, leur faible adhérence, il rappelle parfois que ces dépôts présentent une sorte de stratification lamellaire. L'autre variété appartiendrait à la diphtérie scarlatineuse. Les dépôts fibrineux plus ou moins constants auraient pour siège de prédilection les deux amygdales et le pharynx ; mais on les voit s'étendre dans les fosses nasales, les trompes d'Eustache, le haut de l'œsophage. « Il paraît

même probable qu'elles pourraient aussi se trouver dans le larynx et la trachée et qu'elles causent de la sorte le croup scarlatineux. La muqueuse est ordinairement d'une rougeur écarlate uniforme ou bien avec un pointillé fin et des ecchymoses. On y trouve aussi des érosions et des ulcérations superficielle; on observe très rarement le sphacèle de la muqueuse pharyngienne ou de l'amygdale. L'examen microscopique m'a offert : 1° Une grande quantité de matière amorphe, parsemée de granulations moléculaires plus ou moins fines, agitées d'un vif mouvement brownien et, de plus, des matières grasses ;

« 2° Une grande quantité d'épithélium pavimenteux; dont les cellules sont ordinairement lamelliformes ou aplaties, mais présentent du reste divers degrés de développement ;

« 3° Des globules de pus (leucocytes) en petite quantité ;

« 4° Des globules granuleux de l'inflammation (leucocytes hypertrophiés et granuleux) également en petit nombre ;

« 5° Dans quelques cas seulement j'ai trouvé de la fibrine exsudée, très reconnaissable à ses fibrilles étroites, mais elle était en petite quantité ;

« 6° Plusieurs fois j'ai noté la présence de végétaux dans les productions pseudomenbraneuses de la scarlatine, mais je n'ai jamais vu le *leptothrix buccalis* aussi abondant que dans celles que j'ai examinées sur un jeune sujet. »

Moynier, ainsi que la plupart des auteurs qui vont suivre, ne présente pas beaucoup d'originalité, la question semblant, momentanément du moins, épuisée par les

nombreux et excellents travaux antérieurs. Il émet cependant quelques vues intéressantes sur le caractère précoce ou parfois tardif (Rilliet et Barthez) des phénomènes angineux, sur l'adynamie profonde notée dans certains cas, sur une localisation assez fréquente de la douleur à la hauteur du cartilage cricoïde et tenant peut-être, dit-il, à une laryngite ou suivant d'autres, à une œsophagite. La rougeur framboisée s'accompagnerait d'une tuméfaction sensible des parties, principalement des amygdales: Celles-ci (contrairement à ce qu'aurait dit Lebert) ne se toucheraient cependant jamais sur la ligne médiane, ainsi que l'avaient nié déjà Rilliet et Barthez. La particularité qu'il trouve avec raison la plus intéressante est la coïncidence dans la gorge de la scarlatine et de la diphtérie. Cette production pseudomembraneuse serait précédée d'une exsudation purulente qui siège sur tout le pharynx et les amygdales. Les follicules de ces dernières sont, dit-il, remplies d'une matière grisâtre, tandis que les cloisons sont formées d'un tissu dur et résistant. Les fausses membranes sont pultacées, peu adhérentes, blanchâtres. Sous ces fausses membranes on trouve une muqueuse érodée, saignante. Quant aux ganglions, l'angine scarlatineuse s'accompagnerait le plus souvent d'adénite cervicale, que certains auteurs ont décrite sous le nom de parotides ; quelquefois elle peuvent venir aggraver facilement la scarlatine. Il a vu les ulcérations assez fréquentes et en général superficielles gagner parfois non seulement le tissu cellulaire sous-muqueux, mais arriver encore jusqu'à la couche musculaire. Ce qu'il dit sur l'otite n'est qu'une répétition de Noirot et de Gintrac.

Desnos se contente de faire resssortir les grandes

lignes du sujet, celui-ci devant être repris avec plus de détail à l'article scarlatine. Il met surtout en relief ce fait que les troubles du côté du pharynx sont précoces ou tardifs et que, suivant l'alternative, ils ont une toute autre allure. Cette distinction capitale entre l'angine précoce et l'angine tardive avait été surtout mise en lumière par Jaccoud. Elle est justifiée par cette considération bien connue maintenant que la seconde variété est due à des *infections secondaires et non à la scarlatine*, comme cela a lieu pour la première espèce. Il admet avec Trousseau des pharyngites scarlatineuses sans exanthème, dont nous avons signalé l'historique précédemment à propos de Buttura.

Peter, après avoir mentionné l'époque d'apparition, l'intensité variable, la polymorphie de l'angine scarlatineuse ainsi que la constance presque absolue de son existence, insiste sur les rapports de celle-ci avec l'exanthème. Lorsque l'angine paraît avec l'éruption, elle est, selon lui, caractérisée par une douleur de gorge qui augmente rapidement et s'exaspère par la pression exercée derrière les angles de la mâchoire. Si l'angine est légère avant l'éruption, on voit la douleur s'aggraver au moment où se développe celle-ci. Souvent peu intense, la douleur reste telle pendant la durée de l'angine (Rilliet et Barthez). La gêne de la déglutition survient après la douleur. Après avoir dépeint la rougeur caractéristique de la bouche et du pharynx, les dépôts pultacés, faciles, dit-il, à distingner des fausses membranes véritables par leurs caractères physiques, l'adénite, la tuméfaction du cou quand celle-ci est accentuée, les suppurations ganglionnaires, il décrit avec soin la diphtérie scarlatineuse secondaire.

A propos de l'envahissement des voies respiratoires, il n'est pas tout à fait affirmatif dans la négation. Il fait des réserves, les fausses membranes, d'abord limitées au pharynx, s'étendant parfois bientôt du côté des voies respiratoires et pouvant donner lieu à tous les accidents du croup. Cette redoutable complication s'annoncerait ordinairement par une toux fréquente, surtout par les modifications de la voix, qui devient rauque ou enrouée, puis s'éteint.

« En pareil cas, l'angine scarlatineuse a été le point de départ de la fluxion diphtérique, et la maladie pseudo-membraneuse termine la scène.

« Dans d'autres cas, après une marche régulière, la maladie au huitième jour semble guérir, l'éruption a disparu, la fièvre a cessé, quand tout à coup un engorgement considérable se montre derrière l'angle de chaque mâchoire, d'où il gagne le cou, la face, les amygdales. Un écoulement fétide et sanieux se fait par les narines. L'haleine est infecte ; le pouls, petit, très fréquent et misérable. Que s'est-il passé ? Est-ce la scarlatine qui a causé la mort ? ou plutôt, n'est-ce pas là l'une de ces formes de la diphtérie maligne qui tuent impitoyablement avant que l'affection couenneuse ait eu le temps de se propager au larynx.

« Trousseau penche vers la seconde hypothèse ; bien qu'il maintienne, et avec raison pour l'angine scarlatineuse simple, c'est-à-dire pour l'angine avec concrétions pultacées, sa célèbre proposition : « La scarlatine n'aime pas le larynx » ; mais, dans ce cas, il trouve une ressemblance si extraordinaire entre les symptômes de l'angine maligne scarlatineuse et ceux de l'angine maligne diphtérique qu'il est très disposé à admettre que ces deux affections

sont identiques. Telles est aussi l'opinion de Barthez et Peter.

« En résumé, il peut donc y avoir dans la scarlatine, deux sortes d'angine avec du blanc dans la gorge : 1° l'*angine pultacée*, 2° l'angine diphtérique. La première où le blanc est constitué par une desquamation de l'épiderme, maladie stationnaire et qui reste localisée à l'arrière-bouche ; la deuxième, où le blanc est constitué par une exsudation de fibrine, maladie extensive, et qui, du pharynx, se propage trop souvent aux voies aériennes.

« C'est elle qui produit le croup. » Comme Bretonneau et Trousseau, Peter insiste beaucoup sur les bubons cervicaux. « Toutes les maladies pestilentielles sont accompagnées de bubons. La scarlatine, qui est aussi une maladie pestilentielle, a donc ses bubons.

« Leur siège principal est la région cervicale, et leur évolution est déterminée *par les lésions qui occupent la gorge* (Trousseau).

« Dès le début, on constate déjà l'existence d'engorgements ganglionnaires au cou. Quelquefois, vers le dixième ou douzième jour, indépendamment des désordres produits par la forme grave de l'angine (angine gangreneuse), les ganglions cervicaux s'enflamment subitement ; la peau rougit, se tend, et en quatre ou six jours, il s'est formé un phlegmon plus ou moins vaste. En l'ouvrant, on donne issue au pus et, en quelques cas, le tissu cellulaire environnant est sphacélé ». Trousseau, dit-il, à ce sujet, a observé le cas d'un jeune garçon de quatorze ans, chez lequel cette gangrène fut telle, que les muscles du cou furent disséqués et que l'on voyait les artères carotides battre au fond de la plaie. « Le malade guérit, mais garda une hideuse difformité. Graves rapporte un cas iden-

tique. Ce que dit cet auteur sur les scarlatines frustes, prouve qu'il admettait aussi la forme angineuse sans exanthème ».

Lasègue insiste sur la division des cas de scarlatine en épidémique et sporadique, l'allure des symptômes, notamment de ceux qui ont la gorge pour siège, n'étant pas la même dans les deux cas. Une autre distinction importante serait basée sur l'âge des malades ; c'est chez les adultes, surtout, qu'on observerait la scarlatine anormale sur laquelle on avait déjà, du temps de l'auteur, fait paraître tant de travaux. « Chez les très jeunes sujets, les phénomènes initiaux, y compris les pharyngés, échappent naturellement à moins qu'on ne procède à un examen précoce, l'interrogatoire ne donnant rien ; d'ailleurs les enfants semblent éprouver beaucoup plus de la sécheresse que de la douleur. » Cependant *même à cette période du début, l'éruption s'annoncerait déjà du côté de la bouche et du côté de la gorge par une rougeur qu'on pourrait appeler prémonitoire.* « L'érythème, au lieu d'être localisé, envahit la bouche en totalité, mais s'accentue sur les bords de la langue. Cet érythème étant par lui-même indolent sur les muqueuses comme sur la peau, l'attention n'est nullement portée vers la cavité gutturale. L'exanthème cutané une fois déclaré, c'est-à-dire du troisième au quatrième jour, l'exanthème buccopharyngien qui marche plus rapidement est déjà dans son plein. C'est à ce moment qu'on s'applique à constater sa marche et ses caractères ; mais le commencement de l'observation directe ne marque pas le commencement de l'éruption. » Après avoir décrit très exactement les teintes des différentes parties

et montré que, quelque caractéristique que soit l'état de la langue, celui-ci ne « fournit aucune mesure du degré de l'angine. » Il passe à l'angine scarlatineuse proprement dite. Celle-ci n'offrirait pas la stabilité qu'on remarque dans d'autres pharyngites.

On se ferait une idée fausse, fait remarquer l'auteur, de l'angine scarlatineuse, en l'immobilisant pour la mieux décrire ; elle obéit, depuis la première heure jusqu'à la dernière, à une évolution constante L'énanthème proprement dit évoluerait avec une remarquable rapidité. « Plus difficilement observée, mais moins stationnaire qu'à la peau, l'éruption se transforme suivant la date de la maladie, et dans les cas simples, elle accomplit sa révolution complète en quatre ou cinq jours, c'est-à-dire plus rapidement que l'exanthème. Au début la rougeur est vive, la gorge est mate et non lisse, comme on l'a dit ; les portions mobiles qui seules peuvent servir de mesure, sont *à peine turgescentes*. Les éléments secréteurs ne font pas de saillie appréciable, à l'inverse de ce qu'on observe dans les cas aigus ou fébriles. » Donc Lasègue incline à faire des accidents pharyngés, dans la scarlatine normale, le plus souvent *un simple érythème, et non pas une angine catarrhale* comme beaucoup de ses devanciers ; de là l'absence de tout trouble pharyngé un peu accentué. Il a certainement exagéré un peu dans ce sens. Beaucoup d'auteurs ont vu cette turgescence, ce catarrhe qu'il n'a pas observé, mais sa remarque est valable pour bon nombre de cas, peut-être pour la majorité de ceux-ci. L'éruption pharyngée présenterait les mêmes variétés d'étendue et d'intensité qu'on remarque dans l'éruption cutanée. « Tantôt l'érythème est diffus, tantôt il affecte des points isolés en laissant le reste des surfaces plus ou

moins indemne. J'ai vu, comme beaucoup d'autres observateurs, la rougeur scarlatineuse limitée à un seul côté, ou n'occupant que le centre du voile du palais. D'autres fois, elle prédomine sur quelques points, bien que toute la gorge soit visiblement atteinte ; tantôt c'est la luette qui devient pourpre, tantôt les piliers antérieurs, tantôt les amygdales. » Quant au pharynx, il ne l'aurait jamais vu envahi isolément comme dans la rougeole ou la période prodomique de la grippe. La teinte se fonce, à mesure que l'éruption vieillit, la rougeur prend une teinte écarlate et les amygdales se tuméfient un peu, la sécheresse devient plus brûlante ce qui gêne beaucoup la déglutition ; d'autre part, « le pharynx plus sec se recouvre souvent de mucus qu'on n'absterge qu'avec une certaine difficulté. *Dans les cas légers*, dans l'espace d'un jour ou d'une nuit la rougeur s'éteint, les douleurs disparaissent ; d'autres fois la rougeur persiste, mais la gorge est indolente comme au début, et le malade ne sent d'irritation que s'il fait usage de boissons acides ou excitantes ».

Dans les cas un peu plus intenses, à angine plus nette, l'évolution serait différente et sous des formes variables. Lasègue distingue une congestion passive, dans laquelle « la rougeur prend une teinte livide, le voile du palais paraît épaissi, la luette est franchement œdémateuse, la gorge est moins chaude au contact du doigt. La sécrétion plus abondante fournit un mucus visqueux, que l'enfant réussit mal à expulser, moins à cause de la douleur très modérée, qu'à cause du peu de contractilité des parties. » Cette variété tardive est le plus souvent le fait du deuxième stade de l'affection, très rarement du premier. Il aurait noté l'existence d'une éruption miliaire, qu'il trouve très digne d'attention et qui apparaîtrait au

troisième ou au quatrième jour de l'angine. « On aperçoit alors, soit sur la face antérieure du voile du palais, soit sur les piliers ou les amygdales, presque jamais sur le pharynx, une série de petits points blancs beaucoup plus confluents et de moindre dimension que ceux de l'herpès et qui ne paraissent pas accroître la douleur et la gêne de la déglutition [1]. » Ces vésicules peuvent sécher sur place (voile) ou donner naissance « à une sécrétion de matière blanche plus ou moins caséeuse, disposée en couche plus ou moins épaisse, qu'on détache aisément ». Comme on le voit, Lasègue fait de l'éruption miliaire une variété d'accidents morbides tardifs du côté du pharynx; il voit qu'il ne peut plus invoquer ici l'érythème; il ne connaît d'ailleurs pas plus que ses contemporains les infections secondaires. Il se sert donc de l'élément éruptif qu'il avait sous la main et dont il exagère l'importance, par une fausse analogie qu'il établissait *in petto* avec les accidents des pustules de variole. Il décrit les propriétés pharyngées de ce dépôt pultacé, qui le différencient des amas épithéliaux macérés ou de la fausse membrane. « Mais parfois, dit-il, comme cela s'observe sur la peau, la vésicule miliaire devient volumineuse, se transforme en pustule et laisse une exulcération, ou même une ulcération véritable.

« C'est le processus de l'ulcération qui détermine les phases ultérieures de l'angine. La membrane muqueuse et le tissu sous-jacent sont déjà envahis par une congestion inflammatoire ; la sécrétion pseudo-membraneuse est active. Limitée d'abord à une petite surface, elle gagne en étendue, envahit avec une rapidité variable les piliers,

1. C'est peut-être la variété aphteuse de Huxham et de quelques auteurs précédemment mentionnés.

les amygdales, le voile du palais et la luette, beaucoup plus rarement le pharynx. La coloration de la fausse membrane est, dès l'origine, d'un blanc grisâtre, cendré; sa motilité est moins franche que celle de l'enduit pultacé; fortement adhérente aux tissus, elle ne se détache pas par le frottement, s'arrache par lambeaux avec des pinces et laisse à nu une surface saignante, où l'hémorragie, d'ailleurs insignifiante, s'arrête aussitôt. »

Thomas décrit ainsi les phénomènes gutturaux de la scarlatine[1]. « Les phénomènes angineux sont aussi importants que l'exanthème et encore plus constants. Ce n'est que bien rarement que leur intensité est assez faible pour échapper à un examen superficiel et faire douter de leur existence. On distingue diverses formes d'angines scarlatineuses qui se relient du reste par des variétés intermédiaires.

« Le degré le plus léger est constitué par une rougeur diffuse du voile, d'intensité moyenne, principalement des piliers, qui s'étend sur les amygdales et les parties voisines du voile. Parfois même, dans des formes tout à fait bénignes, la teinte rougeâtre ne s'accentue que sur quelques-uns de ces points où elle se continue pour ainsi dire. En général la paroi postérieure du pharynx n'est pas intéressée et en tout cas on ne constate dans l'organe ni gonflement ni hypersécrétion.

« Dans un degré un peu plus marqué, le gonflement existe, et au contraire la rougeur est plus foncée et plus généralisée et il y a hypersécrétion et même du catarhe notamment du côté du voile, où les glandes font une légère saillie mais ne se montrent pas autrement altérées. Ce n'est que quand l'inflammation s'accentue, qu'elles

1. Ziemssen's Handbuch. *Maladies générales.*

suppurent et laissent comme trace de leur passage des excoriations légères (exulcération). L'œdème s'accuse surtout à la luette et au pilier antérieur. Les amygdales se montrent tuméfiées diversement et on peut y observer fréquemment des abcès lacunaires. La durée de ces troubles est du reste tout à fait passagère.

« Si le mal s'accentue, la teinte rougeâtre de la gorge tourne au livide, le gonflement devient considérable. La bouche et le nez sont envahis et il peut y avoir dans ce cas un coryza intense avec hypersécrétion marquée. L'œdème du voile atteint parfois de telles proportions que la déglutition est très gênée et que les aliments reviennent par le nez. Les amygdales énormes arrivent dans certains cas à se toucher et ne laissent libre qu'un espace étroit. Les suppurations tonsillaires sont plus fréquentes et plus graves dans cette forme que dans la précédente. Le larynx cependant ne paraît pas être envahi. Il n'y a en effet ni toux ni enrouement. La durée des troubles gutturaux est ici de deux semaines en moyenne. »

Thomas fait remarquer que le mal n'a pas grande tendance à se diffuser ; il se cantonne plutôt en certains points de la cavité pharyngée. Il mentionne l'opinion de Martin sur la nature en quelque sorte spécifique des lésions gutturales, qui permettraient sur le cadavre de reconnaître l'existence antérieure d'une scarlatine. L'injection serait d'un rouge bleuâtre sur les amygdales, le voile, les pilliers, la luette ; les papilles de la langue apparaîtraient très hypertrophiées. Le tissu cellulaire sous-muqueux serait œdématié.

Dans les formes les plus graves, on note, selon lui, les symptômes décrits par les anciens sous l'appellation d'an-

gine maligne. A côté d'un gonflement considérable de la muqueuse et d'une amygdalite parenchymateuse intense, il y a tuméfaction concomitante de la parotide et de la glande sous-maxillaire avec participation du tissu cellulaire ambiant du cou, de telle sorte que la mâchoire s'encadre dans un véritable bourrelet inflammatoire, qui, en haut, remonte aux tempes et en bas descend jusqu'à la clavicule. Le tissu cellulaire rétropharyngien peut être aussi intéressé, ainsi que celui des ligaments aryténo-épiglottiques, d'où œdème de la glotte, suffocation, dysphagie, etc. La régression peut encore survenir, mais seulement dans les cas où les lésions ne sont pas trop accentuées. Les suppurations étendues sont fréquentes dans les amygdales et les parties voisines ; c'est ainsi qu'on trouve dans les tonsilles de grosses collections purulentes, qui se vident à plusieurs reprises et aboutissent à des ulcères qui semblent de mauvaise nature. On peut observer aussi des abcès rétropharyngiens, des phlegmons diffus cervicaux. La gangrène des amygdales se développe surtout au voisinage des ulcères signalés plus haut; parfois cependant cet état se produit avant que l'abcès se soit ouvert. Le processus gangreneux se limite à la glande ou se propage aux parties voisines et détruit la luette, les piliers et parfois même le voile, gagne le tissu cellulaire du cou et aboutit à d'énormes pertes de substance. La peau, dans certains cas, et les muscles participent au sphacèle, ainsi que les vaisseaux ; ce qui donne lieu parfois à des hémorragies mortelles quand la carotide et la jugulaire interne sont atteintes. On a déclaré, dit-il, que la diphtérie scarlatineuse a quelque chose de spécial à cette fièvre ; mais ce n'est pas exact, car elle ne diffère en rien de la diphtérie idiopathique et

envahit de même le nez, le larynx, la trachée, les poumons, atteint les couches dermiques les plus superficielles ou devient franchement interstitielle et aboutit à des destructions étendues des piliers, de la luette, du voile, etc. La diphtérie s'observerait dans les formes les plus légères comme dans les variétés les plus graves de l'angine scarlatineuse, dont elle augmenterait notablement, bien entendu, la gravité.

---

c) Déterminations pharyngées de la variole

C'est pour la variole surtout qu'apparaît le manque d'originalité chez la plupart des écrivains [1] de la première partie du XIX[e] siècle. On ne trouve guère, chez eux, qu'une répétition des données anciennes, fournies par Borsieri et par les grands épidémiologistes anglais précédemment mentionnés. C'est le cas pour les nosologistes tels que Bouillaud, Andral, Piorry, Grisolle, etc., pour les articles des Dictionnaires. Nous avons parcouru, sans grand résultat aussi, Rayer, Bousquet, Guersant et Blache, Michel Lévy, Rilliet et Barthez, Noirot, Monneret et Fleury, Henri Roger, Bouchut, Copland, Baumgarten, Thomas ; et, chose assez étrange, il en a été à peu près de même pour les rapports d'épidémiologie, fort intéressants du reste à d'autres égards, que des médecins distingués de l'époque ont fait sur la

1. Il faut dire, pour leur excuse, que la variole atteint beaucoup moins le pharynx que la rougeole et surtout la scarlatine et qu'elle n'affecte, dans cet organe, aucune particularité intéressante, même dans ces complications auriculaires qui sont du type diffus banal. L'énanthème pharyngien est tardif, ce qui montre bien aussi son peu d'importance.

variole, à l'Académie de médecine. En effet, les pustules du pharynx avaient déjà été parfaitement décrites anciennement, ainsi que les petits abcès amygdaliens qui résultent parfois de leur présence. Huxham avait même signalé, d'une façon expresse, les dépôts à aspect pseudomembraneux ou même les couennes fibrineuses véritables qui tapissent parfois la gorge des varioleux. Il n'est pas rare, dit-il, de trouver la langue et le fond de la gorge couverts d'une pellicule très épaisse, adhérente, blanchâtre ou brune. La thèse de Crescent sur les complications de la variole en contient un assez bel exemple. Il s'agit d'une petite fille de trois ans qui présenta, à un moment donné de la maladie, des symptômes angineux plus accentués que d'habitude. A son autopsie, on retrouva la bouche, la gorge et le larynx recouverts entièrement par des fausses membranes épaisses et brunâtres. La diphtérie paraît devoir être éliminée. Quant à cette dernière, la variété varioleuse a été étudiée dans un précédent paragraphe ; nous n'avons plus à y revenir [1].

La sialorrhée, décrite tout d'abord par Sydenham avec son talent habituel, a fait l'objet de quelques considérations intéressantes à l'époque que nous étudions. Valleix combat cette opinion, alors généralement admise, que le ptyalisme faisait partie de la variole maligne. Trousseau a bien étudié ce symptôme sur lequel nous n'insistons pas ; car il n'appartient que d'une façon indirecte à la pathologie gutturale, puisqu'il résulte surtout d'un fonctionnement exagéré des glandes salivaires. Les gangrènes pharyngées signalées par Talanes, Audier, Gintrac, etc., n'étaient qu'une propagation de celles des maxillaires ou des joues. Les complications otiques ont été étudiées

1. Voir ce qu'en dit Peter.

d'abord par Triquet, puis par Troeltsch et enfin par Wendt qui leur a consacré une très bonne étude.

C'est Lasègue, en somme, qui a le mieux dépeint les déterminations de la variole sur la gorge, bien que les complications auriculaires, bien plus rares, du reste, que dans les deux autres fièvres exanthématiques, semblent lui avoir échappé. « Non seulement les pustules varioleuses peuvent se développer sur les membranes muqueuses de l'arrière-gorge, mais il est rare que celles-ci soient soustraites à l'éruption. C'est un exemple de plus de la solidarité des muqueuses des premières voies avec la peau. L'éruption n'a pas de siège précis ; on l'observe au voile du palais, à la voûte palatine, dans la bouche, sur le pharynx, sur les piliers et sur les amygdales. Elle est tantôt discrète, tantôt confluente [1]. La pustulation cutanée *ne donne pas la mesure de l'éruption gutturale* qui peut être abondante, tandis que les pustules sont peu nombreuses sur la peau et réciproquement. Les pustules de la membrane muqueuse n'apparaissent que *tardivement*, vers le deuxième ou même le quatrième jour de l'éruption exanthématique. Elles occasionnent une gêne souvent considérable, et pourraient en imposer par quelques-uns de leurs symptômes. La langue est plus épaisse, les malades accusent plus de soif, une difficulté variable de la déglutition. La salive, déglutie avec efforts, se sèche dans la bouche, la langue ne tarde pas, chez quelques individus, à prendre l'aspect fuligineux, qu'on attribuerait à tort à l'état général, quand il est sous la dépendance d'une affection toute locale.

« Les pustules sont *petites*, rondes, sphériques, velou-

1. Voir à ce sujet l'excellente description de Jaccoud (Pathologie interne, 1re édition).

tées sous le doigt, entourées d'une auréole rouge, linéaire. *Le tissu intermédiaire n'est pas congestionné, mais garde ses apparences normales.* L'évolution des pustules est plus rapide qu'à la peau et même que sur le visage; elles durent, en moyenne, quatre à cinq jours et quelquefois moins. La pustule se rompt, met à nu une surface ulcérée, lésée sans exsudation [1] dans aucun cas; l'ulcération se répare très vite et ne laisse aucune trace.

« La variole, en permettant une comparaison exacte de l'éruption cutanée avec l'éruption muqueuse, nous fournit quelques données, qu'il n'est pas sans intérêt de recueillir. Les pustules de la membrane muqueuse sont loin d'être aussi caractéristiques que celles de la peau; leur processus, très simple, se compose de deux temps : 1° un soulèvement de l'épithélium sous forme de tache blanche, ronde, légèrement saillante; 2° une ulcération superficielle à réparation rapide. Il sera souvent difficile à l'observateur le plus attentif de distinguer une pustule varioleuse de la gorge de tout autre produit éruptif, autrement que par son siège. Les pustules varioleuses sont, en effet, disséminées, sans acception de région, aussi bien sur les gencives ou sur la muqueuse buccale, que sur les piliers ou le pharynx, et c'est une particularité qu'elles présentent seules. J'ai vu, à plusieurs reprises, la variole buccale s'accompagner d'une angine herpétique due probablement à l'irritation consécutive de la gorge chez des sujets prédisposés. Les deux éruptions suivaient leur marche régulière. L'herpès durait plus longtemps; il n'occupait que les amygdales mani-

1. Ceci n'est pas tout à fait exact ; dans les formes gutturales confluentes, non seulement ces ulcérations se couvrent d'un dépôt fibrineux, mais, parfois, leur fusion constitue une fausse membrane parfois très étendue, ainsi qu'il a été dit plus haut.

festement enflammées ; les vésicules étaient moins nettement arrondies ; elles guérissaient sans laisser d'ulcération..... L'éruption varioleuse, pharyngée, buccale, est toujours exempte de gravité, aussi bien à la première période que durant la période secondaire, lorsqu'elle existe [1]. » Lasègue fait cette remarque d'une importance capitale, au point de vue de *l'importance relative* des troubles pharyngés dans les fièvres exanthématiques : « A l'inverse de la rougeole et de la scarlatine, *la variole a son maximum d'intensité sur la peau*. C'est là, et là seulement, qu'on voit se développer, après la terminaison de l'exanthème, des furoncles, des ulcérations à transformation multiple, des érysipèles, des inflammations phlegmoneuses du tissu cellulaire. On aurait pu prévoir cette prédominance, en considérant que la variole *n'a pas de localisation spéciale dans la bouche*, et qu'elle envahit indistinctement des régions qui n'ont pas les mêmes aptitudes pathologiques, les lèvres, par exemple, ou les gencives et les amygdales. Toutes les affections éruptives qui se dispersent ainsi dans la bouche, comme les aphtes qui peuvent servir de type, n'entraînent pas des lésions durables de l'arrière-gorge. »

---

d) Déterminations pharyngées de la fièvre typhoïde

La fièvre typhoïde n'ayant été distinguée des fièvres putrides et reconnue comme entite morbide distincte

1. Comme on le voit, Lasègue méconnaît les gangrènes locales, les ulcérations, les complications auriculaires, dont il y avait alors, du reste, fort peu d'exemples dans la littérature médicale.

sous le nom de dothiénenterie que par Bretonneau[1] au commencement du XIX[e] siècle, il en résulte que l'historique est pratiquement très limité, bien qu'il soit probable que quelques-unes des déterminations gutturales adynamiques, telles que dysphagie intense et même les ulcérations citées par les anciens auteurs, relèvent de cette affection. L'indétermination de la cause rend ces matériaux inutilisables[2].

Même après Bretonneau, les troubles pharyngés, assez rares dans la fièvre typhoïde, quand ils prennent une intensité suffisante pour attirer sérieusement l'attention, ne préoccupèrent pas beaucoup tout d'abord les nosologistes ; et ce ne fut que, lors de l'apparition des grandes monographies, que les principaux d'entre eux furent décrits d'une façon suffisante.

Chomel, dans ses leçons cliniques sur la dothiénentérie, regarde les accidents buccopharyngés comme fortuits et, en somme, exceptionnels ; ils seraient surtout d'ordre congestif ou catarrhal, parfois ulcéreux. « Les altérations que l'on rencontre dans ces organes sont peu nombreuses et ne se rencontrent que dans quelques cas rares. Ainsi, on trouve quelquefois une couche de mucosités sèches

1. C'est l'étude des lésions intestinales si caractéristiques qui a permis cette différenciation. Prost, en 1802, signala le premier l'existence de plaques et d'ulcérations, mais sans beaucoup d'ordre et en confondant parfois ces lésions avec celles de nature tuberculeuse. Ces lacunes firent que ses recherches, malgré leur intérêt, éveillèrent peu l'attention des contemporains. En 1803, Petit et Serres se montrèrent plus exacts et appelèrent la maladie fièvre entéromésentérique. Mais Broussais et ses nombreux adeptes englobèrent bientôt cette dernière dans la gastro-entérite. Bretonneau commença dès 1818 ses recherches sur le sujet. Ses conclusions, publiées par Trousseau et Landin en 1826, furent assez facilement acceptée ; car elles cadraient avec les données des anatomopathologistes tels que Louis.

2. Aetius et surtout Avicennes ont approché du but, quand ils parlent, par exemple, des fièvres putrides.

ou ramollies, qui couvre la bouche, la langue et le pharynx et au-dessous desquelles la muqueuse n'est pas sensiblement altérée. Dans d'autres cas, mais plus rares encore, on trouve dans le pharynx, et spécialement sur le côté, quelques ulcérations ordinairement peu nombreuses et n'ayant jamais une grande largeur. » Cet auteur a signalé, dans la phrase suivante, l'angine du début de la fièvre typhoïde. « Le malade se plaint souvent au début du mal à la gorge ; la déglutition devient de plus en plus difficile. » Il attribue la dysphagie à la sécheresse des parties, à l'adynamie, mais parfois aussi à d'autres causes. « Il y a quelques cas où elle est produite par l'inflammation de l'arrière-bouche ou par le développement d'ulcérations sur le pharynx, et d'autres fois où elle est le résultat de la présence d'une couche de mucus desséché à la surface de la base de la langue et du pharynx et qui empêche ou gêne considérablement les mouvements de la déglutition. »

Dans ses recherches anatomiques et pathologiques sur la fièvre typhoïde, Louis s'est appesanti un peu plus que Chomel sur les phénomenes ulcéreux qu'il considère néanmoins comme rares, et de nature accidentelle, c'est-à-dire ne constituant nullement un des phénomènes constants de la maladie, mais assez caractéristiques pour déceler la cause qui les a produits. Ils seraient, dit-il, arrondis, généralement superficiels, et se montreraient aussi bien dans l'œsophage que dans la moitié inférieure du pharynx, à première vue ils ressembleraient assez à des ulcères tuberculeux, comme on le fera remarquer plus tard. A leur niveau, parfois, le tissu cellulaire sous-muqueux serait infiltré d'une quantité plus ou moins considérable de pus ; les ulcères n'apparaîtraient

qu'après le deuxième septenaire ; ils seraient exceptionnels après le quatrième. En outre de ceux-ci, il y aurait de la simple congestion, ou du catarrhe, avec ou sans tuméfaction des amygdales. Notons enfin que l'auteur a mentionné les altérations épiglottiques.

Cette description frappa beaucoup les médecins de l'époque qui ne firent guère que reproduire, en les abrégeant, les données de Louis. Un peu d'originalité ne se montrera que plus tard. En raison de l'influence que Louis a exercé et exerce encore sur ce point de la pathologie pharyngée, une reproduction exacte de sa description nous semble nécessaire.

« Le pharynx chez les individus emportés par l'affection typhoïde n'offrait, le plus habituellement, rien de remarquable, c'est-à-dire que je ne l'ai trouvé plus ou moins altéré que chez la sixième partie des sujets..... La lésion la plus ordinaire était l'ulcération ; elle existait dans six cas, *tantôt simple*, tantôt compliquée, avec une *infiltration purulente dans le tissu cellulaire sous-muqueux* ou avec une *fausse membrane* qui s'étendait du pharynx aux voies aériennes[1]. Dans les deux autres cas, on n'observait que ces dernières lésions séparées ou réunies. Les ulcérations étaient ordinairement *peu nombreuses*, d'une *forme ovalaire* ou *arrondie*, ou *irrégulière* et difficile à déterminer. Les premières avaient de six à huit millimètres dans leur grand diamètre qui était vertical, les secondes de quatre à six. Le plus souvent *superficielles*, formées uniquement par la destruction de la membrane muqueuse, elles étaient plus profondes dans un cas où elles reposaient sur la tunique musculaire. Elles occupaient la *partie inférieure* et ordinairement les deux

1. Diphtérie secondaire au cours de la fièvre typhoïde.

côtés du pharynx ; elles étaient limitées chez des sujets à l'un ou l'autre, celui où *l'épiglotte était partiellement détruite*[1], quand cette destruction n'avait lieu que d'un côté. *La membrane muqueuse n'était pas sensiblement altérée à leur pourtour* et une fois seulement le tissu cellulaire était séparé dans la largeur de deux millimètres de la tunique musculaire. Dans aucun cas, cette remarque a déjà été faite par Chomel, je n'ai vu les follicules muqueux du pharynx offrir l'altération qui sera décrite plus tard au sujet des cryptes de l'intestin grêle[2].

« L'infiltration du pus dans les mailles du tissu cellulaire sous-muqueux variait en épaisseur et en étendue. »

Chez un malade ayant présenté de la diarrhée, de l'anorexie et une adynamie considérable dès le début, et plus tard de l'épistaxis, du délire, de l'assoupissement jusqu'à sa mort survenue au jour de la maladie, Louis trouva le tissu cellulaire sous-muqueux du pharynx très infiltré de pus, la couche musculaire correspondante épaissie.

Chez un autre, âgé de vingt-quatre ans, atteint pendant sa maladie de délire avec râles de bronchite, puis de diarrhée, d'assoupissement avec météorisme abdominal, d'érythème localisé à la face, puis au genou, d'un rouge violet peu intense, l'autopsie, pratiquée vingt-neuf heures après la mort survenue le 4 septenaire de l'affection, fit constater du côté du pharynx des lésions intéressantes. « Le pharynx était d'un blanc mat inégal, comme ondulé. *Tout son tissu cellulaire sous-muqueux était infiltré de pus* presque concret. Du côté droit, à la *hauteur du sommet*

1. Fusion ou propagation serpigineuse, cette dernière se voit parfois dans certains ulcères spécialement destructifs.

2. Cette opinion, longtemps adoptée sur la foi de Chomel et de Louis, semble inexacte, si on s'en rapporte aux recherches d'Hoffmann et aux affirmations des anatomopathologistes récents.

de l'épiglotte, on voyait une ulcération arrondie reposant sur le tissu cellulaire infiltré. » Louis rappelle que le patient, pendant sa vie, n'avait nullement présenté de phénomènes dysphagiques ; ce qu'il attribue aux graves perturbations intellectuelles amenées par un délire intense et persistant. Le cœur était sain, les poumons congestionnés aux bases, les intestins présentaient les ulcérations habituelles en pareilles circonstances.

Grisolle ne fait que répéter Louis, et il en est à peu de même de Valleix, qui est néanmoins plus intéressant à lire, à cause des considérations de pathologie générale auxquelles il se livre et qui ressemblent beaucoup à celles qu'invoquera Guéneau de Mussy, En effet, il insiste tout particulièrement sur la tendance à la mortification que présenterait la fièvre typhoïde, en n'importe quel point de l'organisme, à une certaine époque de son évolution. « Dans le pharynx, dit-il, on retrouve des lésions analogues à celles de la bouche[1]; ainsi chez quelques sujets il y a seulement *un peu de rougeur*; chez d'autres il s'y joint du *gonflement* du voile du palais, de ses piliers, rarement une *tuméfaction considérable des amygdales*, parfois des *productions pseudomembraneuses* et des *ulcérations*. Chez quelques sujets, les ulcérations gagnent même *l'œsophage* et même détruisent en partie *l'épiglotte*. Je ne peux pas m'empêcher de faire remarquer cette grande tendance à l'ulcération, qu'on observe dans la fièvre typhoïde. Voilà en effet déjà plusieurs organes dans lesquels nous la rencontrons, et nous verrons plus

1. En effet,les lésions pharyngées ne sont pas propres à cet organe; ce sont les mêmes qu'on retrouve dans la bouche, ainsi que le remarquent déjà les auteurs de l'époque. Ceux-ci commençaient à se rendre compte que les ulcères par exemple étaient même plus fréquents dans l'œsophage. C'est au cardia en effet qu'ils ont leur maximum de fréquence.

loin que dans les intestins elle forme le caractère essentiel de la maladie. Dans les cas légers, le pharynx reste à l'état normal ou à peu près. Des lésions ne se montrent du reste *qu'après une certaine durée de la maladie;* elles occasionnent une plus ou moins grande difficulté de la déglutition, difficulté, qui résulte aussi dans les cas graves du trouble profond des fonctions cérébrales. » Ainsi, sauf les troubles dysphagiques du début, indiqués pourtant déjà par Chomel, sauf le spasme, la courte description de Valleix[1] signale de la façon la plus nette tous les accidents morbides pharyngés que l'on retrouve dans la fièvre typhoïde ; les auteurs qui suivront n'auront qu'à compléter sa mise à point de la question.

Les accidents de diphtérie secondaire, entrevus par Rilliet et Barthez, mieux décrits par Trousseau, puis par Peter, ont été décrits dans un chapitre précédent ; mais il nous faut dire quelques mots sur la prétendue angine pultacée typhoïde, que Chédevergne s'est efforcé de mettre en relief. Cet auteur avait assisté à une épidémie dans le Poitou, où cette complication s'était montrée chez un grand nombre de malades. Il aurait retrouvé celle-ci assez souvent à l'hôpital des enfants et à sa maison de santé. Il note que l'aspect de l'affection fut à peu près celui qu'elle présente dans la scarlatine. Cependant, un doute survient quand on le voit affirmer que parfois l'angine pultacée se propageait à l'œsophage et à l'estomac avec vomissements persistants,

1. Valleix, en effet, a fait surtout une mise à point, une bonne utilisation des travaux antérieurs, dont on a pu voir précédemment l'importance, en complétant çà et là, il est vrai, les notions antérieures par d'intéressantes remarques cliniques.

ou bien aux bronches, aux poumons, en donnant lieu à de la bronchite, à de la broncho-pneumonie pultacée reconnaissable aux ronchus bronchiques, aux râles souscrépitants. On peut se demander avec Peter si la diphtérie ne serait pas en jeu dans ces cas un peu spéciaux.

L'article de Desnos (*Dictionnaire de médecine pratique*) contient sur le sujet des renseignements intéressants et assez détaillés. Il insiste sur le spasme et la paralysie comme cause de dysphagie, signale les aphtes, décrit l'angine pultacée, etc.

« On voit de temps à autre, dit-il, survenir, dans le cours de la dothiénenthérie, une dysphagie dont il est important d'apprécier la valeur séméiologique. Tantôt elle est liée à une véritable paralysie des organes de la déglutition, traduction d'une adynamie plus ou moins profonde ; d'autres fois c'est un spasme ataxique de ces mêmes organes qui met obstacle à l'accomplissement de cette fonction. Celle-ci peut être entravée par une inflammation de l'œsophage, de l'épiglotte ; plus souvent la phlegmasie envahit le pharynx et l'isthme du gosier, c'est l'angine dothiénenthérique, qui peut survenir pour des causes diverses et revêtir plusieurs formes.

« Ici, c'est une simple rougeur érythémateuse qui se développe au début ou dans le cours de la fièvre et qui passe spontanément en éveillant à peine quelque réaction.

« Dans d'autres cas, des aphtes se forment sur différentes parties de la cavité buccale.

« Peu d'auteurs les ont étudiés. Ils ont cependant été signalés par Forget, et avant lui par Huxham qui, dans son *Essai sur les fièvres*, leur a attribué une gravité pronostique qu'ils sont loin d'avoir toujours. Nous les avons

vus dans des cas d'une extrême bénignité. Si ces aphtes se développent dans l'arrière-gorge, ils donnent lieu à une angine parfois assez étendue et dont les malades se plaignent vivement.

« Dans quelques circonstances, l'angine survient à la période d'adynamie. Elle consiste dans une rougeur intense ou violacée des parties affectées qui sont en même temps recouvertes d'enduits fuligineux plus ou moins épais. Son développement paraît en grande partie favorisé par le dessèchement de la gorge, dû à l'ouverture de la bouche qui reste constamment béante. Elle ne réclame d'ailleurs que quelques topiques émollients et le traitement général de l'adynamie, à la marche de laquelle la sienne est parallèle.

« Dans quelques cas sporadiques, plus souvent dans certaines épidémies, l'angine typhoïde devient pultacée..... L'angine pultacée n'arrive pas, en général, à une époque avancée de la fièvre typhoïde. Sa durée est variable. Elle se termine d'ordinaire, sans laisser de traces, par la disparition des produits exsudatifs ; mais elle peut être le point de départ d'ulcérations. Il est bon, sous le rapport du diagnostic, d'être prévenu de cette possibilité, si on ne voyait le malade qu'après que les fausses membranes n'existent plus ». Desnos se borne, pour la propagation possible aux bronches et à l'œsophage, de signaler les affirmations de Chédevergne sans élever d'objections. Mais il mentionne aussi la complication diphtéritique.

« L'angine couenneuse, une angine couenneuse grave, n'en jugerait-on que par la mortalité, contagieuse; bien différente, conséquemment, de l'angine pultacée, dont il est question ci-dessus, est quelquefois venue compliquer

la fièvre typhoïde, ainsi qu'Oulmont l'a observé, en peu de temps, dans un assez grand nombre de cas, à Saint-Antoine. Louis avait recueilli trois faits du même ordre, dans l'espace de plusieurs années. Forget avait également vu deux fois la diptérie survenir dans le cours de la fièvre typhoïde. La rareté de semblables complications donne de l'intérêt au travail d'Oulmont ».

L'article de Peter (*Dictionnaire encyclopédique des sc. méd.*) mentionne, comme celui de Desnos, l'angine érythémateuse ou catarhale de la fièvre typhoïde, les aphtes, la dysphagie par adynamie ou par sécheresse de la gorge, et surtout la diphtérie pharyngée secondaire, sur laquelle il fournit les renseignements les plus circonstanciels et le plus intéressants. Il y combat avec énergie les affirmations de Chédevergne sur la propagation de l'angine pultacée dans les cavités du voisinage; comme Desnos, il néglige d'insister sur les ulcères du pharynx, mentionnés pourtant de la façon la plus explicite par ses prédécesseurs.

« Il peut se faire dans la fièvre typhoïde des déterminations morbides vers la membrane muqueuse de l'arrière-bouche, comme il s'en fait vers la membrane respiratoire; cependant l'angine semble être beaucoup moins fréquente que la bronchite dans la dothiénenterie. Peut-être serait-il plus exact de dire qu'elle est plus souvent *méconnue* en raison de la prédominance de symptômes bien autrement importants et en raison surtout de l'état d'adynamie du malade, qui ne se plaint pas de la gorge. Quoi qu'il en soit, l'isthme du gosier peut être, dans la fièvre typhoïde, le siège d'une *angine érythémateuse*, *aphteuse* ou *diphthérique*.

« L'angine érythémateuse est la plus fréquente ; elle ne

consiste qu'en une simple rougeur, elle augmente, en la rendant plus douloureuse, la dysphagie du malade, mais n'éveille aucune réaction spéciale dans le grand ensemble symptomatique de la dothiénentérie. Elle se termine par la résolution. Cependant, peut-être, est-elle dans certaines conditions d'épidémie la cause occasionnelle du développement de l'angine diphtérique. Peut-être aussi trouve-t-elle elle-même sa cause prochaine dans la sécheresse de la gorge, le malade respirant constamment par la bouche et le courant d'air n'étant pas alors humecté, comme il l'est, quand il traverse les fosses nasales.

« L'angine aphteuse est plus rare, plus douloureuse, et les malades trouvent encore assez de sensibilité pour s'en plaindre. Elle se termine favorablement et rapidement.

« L'angine pultacée est à l'isthme du gosier ce qu'est à la bouche le liseré blanchâtre des gencives. De part et d'autre il y a desquamation épithéliale, ainsi que je l'ai dit plus haut à propos de l'angine pultacée. Cette angine est donc assez fréquente dans la fièvre typhoïde ; mais on peut la confondre avec l'angine diphtérique. Ainsi c'est bien sûrement d'angines diphtériques qu'il s'agit dans deux cas cités par Chédevergne, où il dit avoir vu « les productions pultacées s'étendre dans les voies digestives jusqu'à l'estomac et dans les voies aériennes jusqu'aux vésicules pulmonaires. Pour ceux qui, comme moi, ont observé de nombreux cas de diphtérie primitive et de diphtérie secondaire, la chose ne saurait être douteuse, en lisant la description de cette forme de la diphtérie que l'auteur donne involontairement. C'est bien encore la diphtérie secondaire que Chédevergne décrit, quand il dit que l'angine pultacée qu'il a observée « était caracté-

risée par une exsudation plastique, quelquefois d'un blanc mat, mais le plus souvent d'un blanc sale » et quand il ajoute que les fausses membranes « d'une épaisseur variable, ayant en moyenne un centimètre sur un demi ou moins, parsemaient le voile du palais, les amygdales, l'arrière-gorge et l'arrière-cavité des fosses nasales » ; l'erreur devient encore plus évidente lorsqu'il écrit : « les ganglions cervicaux s'engorgent fréquemment ».

« C'est bien encore à la diphtérie que doit se rapporter ce qu'il dit des hémorragies consécutives à son angine pultacée dothiénentérique. J'ai démontré, en effet, dans un travail spécial sur la diphtérie secondaire, que les hémorragies étaient une des complications redoutables de cette forme de l'affection pseudo-membraneuse. Si donc l'on applique à l'angine diphtérique ce que Chédevergne a dit de l'angine pultacée, la description est parfaite et de toute vérité.

« J'ai assez fait voir ce qu'était l'angine pultacée nosologiquement et cliniquement pour n'avoir pas à insister sur son peu d'importance dans la dothiénentérie.

« Il n'en saurait être de même de l'angine diphtérique secondaire. Oulmont n'a pas commis à son sujet l'erreur signalée plus haut, et nous lui devons une bonne description de l'angine diphtérique secondaire dans la dothiénentérie. On en trouve dans la science quelques faits épars ; trois cas, cités par Louis dans son *Traité de la fièvre typhoïde*, un cas intéressant rapporté par Hérard. Enfin j'en ai moi-même rassemblé quelques exemples observés personnellement et que j'ai relatés dans le travail mentionné plus haut. Quant à Bretonneau, il ne semble pas l'avoir observée. Cette forme de l'angine diphtérique est donc rare ou méconnue, et ce m'est une raison de plus de la signaler ici.

« Dans l'angine diphtérique consécutive à la fièvre typhoïde, ai-je dit, le développement de la maladie pseudo-membraneuse a toujours coïncidé avec une aggravation de l'état général, une recrudescence de la fièvre et l'exacerbation des phénomènes existants ; mais indépendamment de ces troubles généraux, j'ai noté l'apparition de symptômes nouveaux, quelquefois insolites, et le plus souvent graves, tels que les vomissements répétés et une éruption secondaire de sudamina et de taches rosées lenticulaires et surtout des hémorragies aussi fréquentes qu'abondantes et redoutables (épistaxis, etc.).

« Au début, pas de délire ni coma, les malades se plaignent d'un peu de mal de gorge, de gêne de la déglutition et de tuméfaction des ganglions sous-maxillaires, non observée par Oulmont dans trois cas sur six. Du reste dans l'angine diphtérique de la dothiénentérie, les fausses membranes jouissent de la tendance extensive qui leur est propre et envahissent rapidement toute l'arrière-gorge ; quelquefois, au bout de vingt-quatre heures, elles ont gagné le larynx ; alors surviennent tous les symptômes du croup, qui peut être foudroyant.

« La symptomatologie propre à la diphtérie se perd au milieu de celle qui appartient à la fièvre typhoïde ; cependant on peut voir apparaître des vomissements répétés que Chédevergne attribue à l'envahissement de l'estomac par la fausse membrane.

« L'angine diphtérique se montre dans la dothiénentérie à des époques variables. Je l'ai vue à la fin du troisième et dans le quatrième septenaire (une fois le vingtième, le vingt-quatrième, le vingt-sixième jour de la fièvre typhoïde). Oulmont l'a vue se montrer entre le deuxième et le quatrième septenaire, Chédevergne vers le huitième

ou le douzième jour. Enfin elle peut sévir épidémiquement (Oulmont, Chédevergne) ». A propos de la gangrène, l'auteur ajoute : « Les sphacèles pharyngés de la fièvre typhoïde ont été indiqués dans un autre paragraphe de cet ouvrage à propos de l'angine gangreneuse. »

Murchison mentionne la congestion, le catarrhe, la tuméfaction amygdalienne. Il rappelle, à propos des ulcères pharyngés, que Jenner les avait rencontrés cinq fois sur quinze autopsies de typhoïdiques, proportion trop élevée, car elle atteindrait le tiers des nécropsies. Il signale la forme, le siège de ces lésions, qu'il se refuse, ainsi que Chomel et Louis, à assimiler aux lésions intestinales.

Cependant l'opinion contraire ne devait pas tarder à prévaloir. En effet, d'après Hoffmann, les *follicules clos* de l'amygdale palatine et ceux de la base de la langue seraient fréquemment intéressés. Ils deviendraient le siège de phénomènes congestifs assez intenses, avec prolifération et infiltration cellulaire comparable à ce qu'on observe du côté des plaques de Peyer et des follicules clos isolés de l'intestin. Il y aurait deux modes de terminaison. Le plus souvent la résolution surviendrait ; mais parfois l'infiltration inflammatoire subirait une fonte séreuse ou purulente et serait éliminée au dehors. Il n'y aurait pas généralement d'ulcération consécutive, et, d'ordinaire, le follicule s'affaisserait simplement sur lui-même. Derignac reviendra, en 1883, d'une façon plus complète sur ces altérations morbides.

Frey s'est efforcé, d'autre part, de montrer que la dysphagie pourrait être due, non à la paralysie par adynamie

mais au *spasme* qui prendrait quelquefois le caractère d'une véritable hydrophobie.

Le muguet pourrait se montrer sur le pharynx, dans les premières périodes et s'y localiser ; d'autres fois il pousse ses envahissements vers l'œsophage et vers l'estomac ; il constituerait probablement alors, selon Duguet, certaines variétés d'angines pultacées observées dans quelques épidémies et qui, suivant Chédevergne, pourraient s'étendre aux bronches et aux poumons [1].

Duguet et Feréol ont observé, sur les piliers du voile du palais, des ulcérations ou surtout des érosions superficielles, offrant quelque analogie d'aspect avec les ulcérations tuberculeuses ; mais elles sont sans importance pour le pronostic, se montrant aussi bien dans les cas légers que dans les cas graves.

Suivant Griesinger, « au début de la fièvre typhoïde, on observe assez souvent une *angine catarrhale* de moyenne intensité ; la gorge est rouge ; il y a peu de tuméfaction des tonsilles avec dysphagie correspondante. A une période ultérieure, la muqueuse de la gorge, comme celle de la cavité buccale, est très fréquemment le siège d'*une inflammation catarrhale* ; elle se recouvre d'une sécrétion muqueuse formée de grumeaux colorés par le sang, qu'on doit bien se garder de considérer comme des crachats pneumoniques ; assez souvent l'on constate même l'existence d'une *couche pointillée pseudo-membraneuse, d'érosion partielle* [2] de la muqueuse. Les altérations et la sécheresse même de la muqueuse produisent de la dys-

1. Ainsi, l'angine pultacée serait pour les uns, de l'odium albicaus, pour les autres du bacille de Löffler.

2. Comme on le voit, Griesinger n'insiste pas sur les ulcères pharyngés.

phagie et un peu de douleur de la gorge. Cette difficulté de la déglutition doit, sans doute aussi, provenir simplement de la faiblesse de la couche musculaire ; dans d'autres cas, elle résulte d'une lésion du larynx. L'inflammation pharyngée de nature *croupale* ou *diphtérique*[1], propagée quelquefois par contagion dans une salle de malades, n'appartient qu'aux cas graves et de cours anormal ; on trouve alors des pseudo-membranes grises, fortement adhérentes à la muqueuse rouge et tuméfiée ; elles s'étendent rapidement au fond de la gorge et souvent se prolongent dans les voies aériennes[2]. Il y a alors une dysphagie intense ; les liquides s'engagent dans le larynx ou les fosses nasales, il y a de l'aphonie, une toux croupale, des accès de suffocation ; ces symptômes coïncident le plus souvent avec une augmentation considérable de la fièvre et une dépression des forces. Cette grave complication arrive toujours à la fin de la première semaine ou dans le cours de la seconde. »

Liebermerster insiste non seulement sur la rougeur et la congestion du pharynx, mais encore sur l'extrême fréquence du catarrhe, qui aboutirait souvent à la formation d'ulcères superficiels. Le processus diphtérique (interstitiel), qui peut envahir la trachée et les bronches, déterminerait des ulcères plus profonds, qui siègent à la partie inférieure de la gorge. La propagation de la phlegmasie à la caisse par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache[3] pourrait déterminer une surdité intense, transitoire ou définitive ; mais il serait exagéré de penser toujours à l'otite,

1. Voir, ce que nous avons dit sur les lésions croupales et diphtériques des Allemands, dans le paragraphe consacré à l'Angine diphtérique.
2. Voir, dans ce chapitre, ce que dit Peter à ce sujet.
3. Triquet, avant Troeltsch, avait parfaitement décrit, vers 1849, l'otite typhoïdique, dont *il* avait signalé le caractère destructif.

quand l'audition est diminuée. Hoffmann, dit-il, a montré qu'il pouvait y avoir carie du rocher. L'auteur insiste sur les perforations du tympan, déjà signalées par Hoffmann, et dont on aurait observé plusieurs cas à l'hôpital de Bâle, au moment où les malades entraient en convalescence, ou pendant celle-ci. Il fait remarquer que le muguet, qu'on n'aurait du reste observé autrefois que chez des sujets plongés dans la dépression la plus profonde, serait devenu de plus en plus rare, à mesure que les hôpitaux ont été mieux tenus et les malades soignés plus attentivement.

---

e) Autres maladies générales infectieuses aiguës s'accompagnant parfois de déterminations pharyngées.

A côté des infections générales aiguës, telles que les fièvres exanthématiques, la fièvre typhoïde, où, parmi leurs symptômes, l'angine joue un rôle plus ou moins important, il y en a d'autres, au cours desquelles on peut voir survenir, mais d'une façon bien moins constante, des déterminations pharyngées, que celles-ci résultent d'une congestion, d'une infection secondaire, etc. Les auteurs de la période que nous étudions les ont mentionnées, mais brièvement, comme il fallait s'y attendre, et sans y attacher beaucoup d'importance. Comme elles présentent cependant un certain intérêt théorique et même clinique, nous n'avons pas cru devoir les passer sous silence. C'est pourquoi nous allons rapporter dans

un paragraphe spécial, sorte de *caput mortuum*, les quelques matériaux que l'on trouve dans la littérature de l'époque.

Le *typhus exanthématique*, contrairement au typhus abdominal, s'accompagne rarement, comme on le sait, de dysphagie tant soit peu accentuée. Les troubles de la déglutition résultent surtout de la sécheresse de la gorge et des fuliginosités de la bouche. Cependant, il n'en est pas toujours ainsi. Griesinger a signalé la rougeur du pharynx. Lebert dit qu'une angine légère est une des occurrences assez fréquentes. D'autres auteurs ont signalé l'existence d'un énanthème coïncidant avec l'exanthème cutané.

Les déterminations gutturales de la *peste* semblent le plus souvent faire défaut. Cependant, Emangard, durant certaines épidémies, note des écoulements de sang, des fuliginosités de la langue s'étendant jusqu'à la gorge.

Au cours du *choléra*, dans les formes typhoïdes, Griesinger dit que la langue est desséchée, brune, recouverte de croûte, tuméfiée. Dans le pharynx, on rencontrerait parfois alors des exsudations diphtéroïdes et des ulcères; les amygdales pourraient même devenir le siège de foyers purulents. Dans l'article du *Ziemssen*, on ne signale à la période aiguë que la sécheresse et un peu de dysphagie; mais parmi les complications de la convalescence, qu'on ne fait qu'énumérer, du reste, on mentionne l'angine suppurée et la diphtérie du pharynx. Il semble bien, en effet, que c'est à la période réactionnelle que les déterminations pharyngées sont les plus fréquentes. D'autre part, dans dix cas, Parrot a vu au moment de la desquamation de la langue et de la bouche, c'est-à-dire au stade dont nous parlons, survenir du muguet

qui, chez plusieurs malades, envahit le voile et ses piliers. Chez deux sujets, la couche blanchâtre était très étendue et très épaisse. Quelques phénomènes douloureux se montrèrent dans plusieurs de ces cas.

L'angine *charbonneuse* fut admise par plusieurs des nosologistes du milieu du XIX[e] siècle, après que Gubler eut fait connaître une observation, que nous avons insérée précédemment dans le paragraphe consacré à l'érysipèle pharyngé (voir le 4[e] volume de cet ouvrage). Il s'agissait d'un homme entré à l'hôpital Saint-Louis dans un état de demi-asphyxie et avec un gonflement extrême du cou. A l'exploration buccopharyngée, rendue très difficile par l'état des parties, on découvrit plusieurs plaques gangreneuses au fond du pharynx. Le diagnostic d'angine charbonneuse parut d'autant plus acceptable que le malade était un ouvrier en crin, et susceptible, par conséquent, de toucher des matières infectées par le virus charbonneux. Desnos et Peter acceptèrent, sous bénéfice d'inventaire, la nouvelle entite morbide, à laquelle ils ne consacrent du reste que quelques lignes, où ils fixent l'état de la question à leur époque.

Ancelin (In *Tumeurs de la voûte palatine et du voile de Fano*, Paris, 1857, p. 68) aurait fréquemment observé, dans la localité où il exerçait (pays à charbon), que certains sujets étaient pris subitement d'une démangeaison insupportable de la gorge avec brûlure. En examinant le buccopharynx, on constatait que la luette était livide, tuméfiée, arrondie et que, rapidement, elle prenait une teinte d'un noir verdâtre caractéristique de la gangrène. Puis, se montraient tous les accidents généraux de l'affection charbonneuse et la mort survenait promptement, quelquefois en moins de trente-six

heures. L'ablation rapide de la luette aurait sauvé quelques malades.

Bollingen (*Ziemssen's Handbuch der speciel Pathologie*) signale dans l'œdème malin charbonneux, en même temps que la dyspnée, la cyanose, la gastralgie, une gêne de la déglutition qui peut être très marquée. (V. t. III, 1, p. 489).

Les phénomènes angineux du *paludisme* ont été l'objet d'opinions très contradictoires. Décrits au XVIII[e] siècle par Barbette, Dumas, Caron, Puccinati, Cullen, qui les regardait comme l'expression d'une fièvre ardente, double tierce, puis par Sédillot l'ancien, ils étaient regardés par ce dernier comme appartenant aux fièvres rémittentes. Joseph Franck leur consacra un paragraphe spécial dans son grand *Traité de nosologie*, où il rappelle à ce sujet les idées de ses prédécesseurs, notamment celles de Barbette, qui attribuait parfois les déterminations pharyngées en question aux fièvres pernicieuses. Le pronostic pourrait donc être sérieux.

Cependant, les auteurs de la première moitié du XIX[e] siècle sauf Valleix, Peter et Desnos qui rapportent ce que Joseph Franck écrit sur le sujet, mais sans croire beaucoup à l'exactitude de ses assertions, restent muets sur les troubles gutturaux dus au miasme paludéen. Grisolle, Raquin, Gintrac, Jaccoud n'en parlent pas; et il en est de même des auteurs qui ont composé les articles fièvre intermittente du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* et du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Cependant, en 1857, Ricard (*Moniteur des hôpitaux*, 1857, n° 21) signala un cas de glossite de la base avec frissons, douleur et tuméfaction considérable de la langue, qui guérit par l'administration

de la quinine. Le malade était un paludéen. Griesinger, d'autre part, admet que, dans les formes congestives de fièvres larvées, on peut voir survenir des phénomènes angineux plus ou moins accusés. Hirtz énumère rapidement aussi l'angine dans ces formes spéciales, en même temps que du coryza et de la bronchite. Il y aurait tuméfaction des amygdales.

Les auteurs qui ont relaté les épidémies *d'influenza* au cours du XVIe et du XVIIe siècle, ont assez souvent signalé, parmi les symptômes de cette affection, des phénomènes angineux [1]. Ainsi, Rayger, qui a narré les ravages que fit le mal à Presbourg en 1675, dit que l'affection commençait à l'instar d'une pyrexie infectieuse de la plus grande gravité; mais bientôt survenait soit du coryza, soit de la toux, soit une esquinancie. Lors de la célèbre épidémie de 1733, connue sous le nom de follette, l'illustre de Jussieu, qui fit de celle-ci le sujet de sa thèse de doctorat, raconte que la maladie débutait par de vives douleurs à la poitrine, auxquelles succédait bientôt un mal de gorge très intense, puis une toux violente opiniâtre, etc.[2]. En 1831, l'influenza qui ravagea toute l'Europe fut l'objet d'un grand nombre d'études intéressantes. Parmi celles-ci, il faut citer en première ligne les excellentes leçons cliniques que le professeur Andral fit à la Pitié les 13 et 15 juin 1831. Un caractère assez constant du tableau morbide, à Paris du moins, était l'angine, qui, chez plusieurs malades, fut le symptôme prédominant. Dans son article Grippe du *Dictionnaire*

1. Voir le 2e volume de cet ouvrage et l'*Histoire médicale des épidémies d'Ozanam*, t. 1, p. 92-218.

2. Suivant Jussieu, il y avait souvent des bourdonnements et de violentes douleurs dans le conduit auditif, suivies de la production d'un abcès.

de médecine en quarante volumes, Raige Delorme écrivait en 1836, à propos des prodromes : « Souvent la maladie débute brusquement par une légère douleur de tête, ou bien par des vertiges *suivis de mal de gorge* et d'une sensation de froid sur tout le corps, principalement aux extrémités. » Mais plus loin, il reste muet sur les déterminations pharyngées de l'influenza. Grisolle se contente de dire : « Beaucoup de malades accusent un léger mal de gorge. » Tigri (*Annali Universali di médicina*, 1867) a observé, au cours d'une épidémie d'influenza, des taches rosées sur le voile du palais de plusieurs des sujets qui en étaient atteints. D'autre part, Gintrac, dans son article Grippe du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, s'exprime ainsi : « Le pharynx présente des traces d'irritation. Il existe de la gêne de la déglutition, de la tuméfaction des amygdales, de la chaleur, de la sécheresse, de la douleur à la gorge. Pringle a vu l'angine former le principal attribut de la grippe... L'excitation se transmet du pharynx à l'organe de l'ouïe, de là des tintements d'oreille, la surdité, les abcès dans les oreille. » Zulzer (*Ziemssen's Handbuch der speciel Pathologie*) ne fait que signaler, en passant, la rougeur de la gorge chez certains sujets, accompagnée de dysphagie et de tuméfaction des amygdales. Parmi les complications, il mentionne les otites mais sans insister.

---

f) Déterminations pharyngées de la goutte.

Les déterminations pharyngées de la goutte ont été envisagées par les auteurs, d'une façon bien différente,

suivant leurs tendances systématiques. Les partisans des diathèses [1] incriminaient volontiers l'arthritisme, pour expliquer l'apparition de certaines lésions gutturales, par exemple dans les cas d'angine granuleuse (Chomel, Guéneau de Mussy, Bazin, etc.). Ceux qui étaient moins portés à accepter la doctrine médicale en question passaient tout simplement sous silence les effets de la podagre sur la cavité gutturale. Ce fut le cas d'un assez grand nombre de nosologistes (Grisolle, Raquin, Gintrac, etc.; et cet exemple a été suivi par Jaccoud et Labadie-Lagrave dans leur remarquable article sur cette affection dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Néanmoins les éclectiques et surtout les cliniciens, principalement en Angleterre, tout en se prononçant avec prudence, ont reconnu qu'il y avait quelque chose de vrai dans les affirmations de certains des auteurs français mentionnés plus haut [2].

1. Ceux-ci pouvaient s'appuyer sur les affirmations de quelques-uns de leurs devanciers des siècles précédents, notamment de Sauvage (*Nosologia methodica*, Paris, 1770, ordre 3ᵉ, classe III), de Murgrave (*De arthritide anomali*, Amstelodamie, 1710, voir le 4ᵉ volume de cet ouvrage article angine rhumatismale) et Petersen (*Dissertatio de angina arthritica*, Upsal, 1792). Schenk avait signalé d'autre part, chez les goutteux, l'existence assez fréquente de calculs tonsillaires. J. Frank a consacré à l'angine arthritique un paragraphe assez intéressant dans son grand traité de nosologie, où il fait l'historique et trace le tableau clinique de l'affection.

2. A propos de ces manifestations, Valleix se montre très sceptique. Voici ce qu'il écrit sur ces phénomènes connus sous le nom de goutte interne: « Il n'est guère d'affections aiguës qui n'aient été regardées, dans un certain nombre de cas, comme une goutte rétrocédée ou remontée. Aussi, voit-on dans une attaque de goutte ou seulement chez un goutteux survenir une bronchite, une pneumonie, une gastrite, une entérite et même une angine? On leur donne le nom de bronchite, de pneumonie, de gastrite, d'angine goutteuse. Rien n'autorise à accepter cette manière de voir. On n'a cité aucune particularité qui établisse une différence un peu notable entre ces affections suivant qu'elles surviennent chez des goutteux

De leurs travaux, il résulte que la goutte peut déterminer des accidents aigus, parfois en quelque sorte métastatiques, et des accidents chroniques. Les premiers, qui se font remarquer souvent par leur violence, ont ceci de particulier qu'ils précèdent d'ordinaire les attaques de la goutte articulaire, qu'ils disparaissent subitement lors de l'apparition de celles-ci [1]. Parfois, l'angine tonsillaire remplacerait même les déterminations du côté du gros orteil [2]. Le voile, surtout la luette, seraient parfois intéressés lors de ces poussées inflammatoires (Mackenzie).

Plus fréquentes certainement sont les manifestations gutturales à allure chronique. Il est positivement fréquent de constater, chez certains sujets atteints de goutte articulaire ou à hérédité et à tempérament goutteux, des angines traînassantes, survenant sans cause bien précise, nullement améliorées par les moyens habituels, mais cédant au contraire assez rapidement aux médications qui réussissent d'ordinaire dans les affections arthritiques (Lasègue, Isambert). Il ne semble pas, du reste, que le tableau clinique soit en général bien caractéristique [3]; et,

ou qu'elles affectent des sujets dans d'autres conditions. Pour nous, nous ne pouvons y voir que des affections intercurrentes, d'autant plus graves qu'elles se montrent chez des malades plus épuisés par des attaques longues, violentes et fréquentes (*Guide du médecin praticien*, 1er vol. art. Goutte, paragr. rétrocession de la goutte).

1. Halford, cité par Dyce Duckworth, a vu une amygdalite aiguë très douloureuse disparaître subitement à l'apparition d'une attaque de goutte articulaire sans arriver à suppuration. Voir aussi le cas de Lécorché.

2. Ce fait a été notamment mis en lumière par Rendu, dans son article du Dictionnaire Dechambre, un peu postérieur à l'époque que nous étudions. Il a vu, chez une dame d'hérédité goutteuse, une amygdalite aiguë suppurée survenir pendant de longues années, chaque printemps, laissant après sa disparition, la santé dans un excellent état; puis finalement survinrent des phénomènes goutteux caractéristiques.

3. Cependant, en 1877, Dyce Duckworth a soutenu, dans un travail paru dans les *Saint Barthelemy hospital reports*, que les piliers postérieurs, le

c'est de l'étude d'ensemble de tout l'organisme, de l'allure un peu spéciale du mal, qu'on peut seulement conclure à la nature goutteuse de l'affection. Ces idées ont bien été mises en reliefpar Lasègue. « Les manifestations secondaires de la goutte sont loin d'être toutes assez caractérisées, pour qu'envisagées isolément elles révèlent de prime abord leur nature et leur origine. *L'angine chronique coïncidant avec la goutte confirmée ne se présente pas sous un aspect, avec une forme spéciale, à plus forte raison l'angine observée chez un individu qu'on soupçonne prédisposé mais qui n'a pas encore éprouvé de phénomènes essentiellement goutteux ne se prête-t-elle pas à un diagnostic légitime.* J'ai eu l'occasion d'observer plusieurs cas, je les ai étudiés avec le soin qu'on apporte aux faits qu'on sait pouvoir contenir la solution d'un problème et je n'ai pu découvrir que des indices trop douteux, pour que je ne les signale pas avec une extrême réserve.

« Parmi les caractères qui serviraient à établir une espèce goutteuse dans la classe des angines catarrhales diffuses, un surtout m'a paru mériter de fixer l'attention.

« Si, chez un goutteux atteint d'inflammation chronique et diffuse de la gorge, on essaie le traitement par les cautérisations, plus on persévère dans l'usage du remède plus on aggrave l'affection locale. La membrane muqueuse est aussi irritable que la peau ; elle ne tolère pas les excitations qui donnent ailleurs de si durables succès. On sait combien la peau des goutteux se prête mal aux dérivations et comment une irritation artificielle,

voile et la luette étaient, chez les goutteux atteints de symptômes gutturaux, d'un rouge luisant caractéristique, comme si on les avait badigeonnés avec de la glycérine.

qu'on se croyait maître de circonscrire dans les limites accoutumées, se fixe souvent avec une résistance et une obstination invincible. Je n'oublierai jamais un goutteux admis par exception à l'hôpital et auquel on fit autour de l'articulation malade un seul badigeonnage avec la teinture d'iode. Il en résulta une congestion énorme de la peau, une sorte d'eczéma provoqué qui dura plusieurs mois et qu'on fut obligé de combattre, en qualité de *malum médicum*, avec des applications antiphlogistiques persévérantes. J'ai vu de même des angines chroniques, se présentant sans caractères appréciables qui permissent d'affirmer leur nature, procédant, en apparence, comme les autres, tant qu'elles étaient livrées à elles-mêmes, s'exacerber, sous l'influence des caustiques légers, avec une violence inattendue. » Les phénomènes gutturaux auraient souvent, suivant Lasègue, un caractère prémonitoire, comme dans le rhumatisme articulaire aigu.

« J'ai montré, en traitant de l'angine rhumatismale, que le mal de gorge n'apparaissait qu'avant l'éclosion du rhumatisme articulaire et qu'il appartenait fréquemment aux prodromes sans jamais se produire comme conséquence de la maladie.

« Il en est de même de l'angine qu'on peut rattacher à la diathèse goutteuse ; elle est essentiellement prodromique, et les goutteux confirmés ne sont pas plus enclins que d'autres à des affections gutturales. On n'a donc pas à son service d'éléments rigoureux d'une maladie existante, affirmée par des signes d'une incontestable authenticité, et, au lieu de constater le présent, on en est réduit à préjuger l'avenir.

« Ma conviction est que l'angine catarrhale chronique devance souvent, plus souvent qu'on ne l'admet, ces

manifestations mieux caractérisées de la goutte articulaire, et on trouvera plus loin des exemples ; mais je ne me dissimule pas combien il est difficile de faire adopter cette opinion.

« L'histoire de la goutte reste encore très obscure à ses périodes initiales, où la maladie s'essaye pour ainsi dire et attend son complément pathologique. » Lasègue ne s'illusionne pas du reste sur la véritable portée de ces symptômes prémonitoires. « Il s'en faut de beaucoup que l'angine soit la seule de ces manifestations préalables ; à côté d'elle et au-dessus d'elle, il faut placer les vertiges, certaines formes de dyspepsies, certains modes de fluxions des reins, avec ou sans gravelle, de céphalalgie intermittente et tant d'autres phénomènes qu'on ne discerne qu'à la longue. » Les déterminations gutturales changeraient de nature au cours de la maladie. « Une fois concentrée à ses sièges d'élections, la goutte n'a plus de localisations du même ordre, et, si elle se déplace, comme on le dit pour exprimer qu'elle atteint des organes moins habituellement affectés, c'est avec un tout autre appareil symptomatique. Est-il besoin de rappeler qu'une affection, quelle qu'elle soit, se montre sous des formes différentes à la période des prodromes ou à celle de la cachexie terminale. En somme la forme chronique diffuse serait la plus importante de ces manifestations pharyngées.

« L'angine catarrhale chronique, qu'il serait permis de considérer comme d'origine arthritique, est toujours diffuse ; elle envahit l'arrière-gorge en totalité, semble prédominante à l'entrée de l'isthme, sur les piliers, au voile du palais, mais n'épargne en réalité aucune portion. Sous ce rapport, elle se rapproche de l'angine rhumatis-

male, au même titre que la goutte d'intensité moyenne se rapproche du rhumatisme. Elle est en général accompagnée d'une sensation d'ardeur et de sécheresse, exacerbante dans sa longue chronicité, plus continuellement et plus vivement incommode que les espèces limitées au pharynx ou aux amygdales ; comme elle ne se borne pas à l'enfance et à l'adolescence, et comme elle débute souvent à l'âge adulte, elle préoccupe davantage les malades à ce point que quelques-uns deviennent de véritables hypocondriaques pharyngés. Leur inquiétude s'accroît encore au besoin par l'insuccès du traitement banal qu'on applique indistinctement à toutes les phlegmasies chroniques de l'arrière-gorge, sans tenir compte de leur nature et de leur raison d'être probables. »

Parfois il y aurait une sorte de gravelle pharyngienne, ainsi que semble le démontrer l'observation de Guéneau de Mussy (*Union médicale*, 1856, p. 506). Il s'agissait d'un jeune médecin de Baltimore, malade depuis trois ans, et qui était venu aux Eaux-Bonnes. Aux symptômes ordinaires de la pharyngite granuleuse vinrent se joindre une douleur plus vive, puis l'expuition de concrétions qui se renouvela plusieurs fois. Les follicules du pharynx présentaient à leur sommet, un point blanchâtre qui devenait saillant et donnait ensuite issue à des matières concrétées, puis s'affaissait. « Je dois ajouter, dit Guéneau de Mussy, que ce jeune médecin présente en même temps des signes légers d'une affection tuberculeuse des poumons. On avait essayé contre la pharyngite les cautérisations, les fumigations ; les Eaux-Bonnes ont peu amélioré l'état local de la gorge, mais la constitution du malade s'est bien trouvée de leur usage. Les concrétions expulsées sont composées de phosphate, de

carbonate et d'urate de chaux. L'eau de Vichy, ayant été employée, l'expuition des concrétions devint moins fréquente ; mais, l'hiver étant survenu, on conseilla de cesser l'usage des eaux. »

Stoll, puis Brinton (*Lancet*, 1866, 11), ensuite Garrod (*Traité de la goutte*), ont signalé enfin, dans la goutte anormale, l'existence d'un spasme du pharynx et de l'œsophage, qui empêche absolument le passage du bol alimentaire et peut entraîner la mort (de Haen, signalé par Van Swieten, in *Comment. aphorism. Boerhavii.*, vol. XIII, et Henri Power. *Lancet*, 1866.

---

g) Déterminations pharyngées du scorbut.

La plupart des auteurs qui ont écrit sur le scorbut [1] ont insisté sur l'ulcération des gencives et les accidents buccaux ; mais ils se sont tus sur les troubles pharyngiens. L'on peut seulement conclure que, puisqu'ils déclarent que l'état de la bouche est horrible [2], celui de la gorge ne doit pas être bien normal. Quelques-uns signalent cependant des hémorragies s'effectuant, en même temps que dans d'autres points du corps, sur le voile et sur les amygdales. J. Franck a cru devoir décrire, dans son *Traité de nosologie*, l'angine scorbutique. Elle s'annoncerait, suivant lui, par un peu de fièvre disparaissant au bout de quelques heures ; puis, surviendrait de la dysphagie et on apercevrait alors, sur le voile et les tonsilles, des taches bleuâtres cernées par un contour rougeâtre ; en même temps la muqueuse se tuméfierait, mais légèrement. Abandonnées à elles-mêmes, ces

1. Ex. Bouchoux dans le *Dictionnaire en 40 volumes*.
2. Valleix, 1er volume, article Scorbut.

taches[1] s'ulcéreraient et leur surface exhalerait une odeur putride[2].

Parmi les auteurs modernes, c'est Mary qui a donné les renseignements les plus circonstanciés sur les déterminations pharyngées du scorbut (Étude clinique pour servir à l'histoire du scorbut et du typhus de l'armée d'Orient, in *Recueil de mémoire de médecine militaire* 1859, I). Pendant la guerre de Crimée, il a vu souvent des bulles survenir à la gorge, comme aux gencives et à la bouche, sous l'influence d'un petit épanchement sanguin interstitiel décollant l'épithélium. Après la rupture de ces bulles, il se produisait une petite hémorragie artérielle ou veineuse. Le sphacèle buccal s'accompagnait fréquemment de sphacèle pharyngé. Il a observé encore dans le pharynx des dépôts diphtéroïdes. Enfin, chez certains sujets, il y aurait eu perforation des parois de cette cavité avec suintement sanieux incessant, bientôt suivi de mort.

h) Déterminations pharyngées d'origine toxique.

Si l'on en excepte les lésions gutturales, qu'on observe parfois au cours des stomatites mercurielles, les angines toxiques furent fort longtemps méconnues ou du moins délaissées. Les auteurs de la période græco-romaine, les Arabes parlent en effet des mets âcres, des médicaments irritants, dont l'ingestion produirait des perturbations

1. Comme les ecchymoses de la peau.
2. Schech (Traité) et Wertheimer ont insisté, il y a quelques années, sur ces ulcères scorbutiques de mauvais aspect, qui ont pour siège principal les tonsilles.

pharyngées plus ou moins intenses. L'action des solanées vineuses, plutôt fonctionnelle que phlegmasique, avait été signalée depuis fort longtemps. Au cours du XVII[e] et du XVIII[e] siècles, on incrimina les poussières et les gaz irritants. Les ouvriers qui travaillaient dans les fosses d'aisance savaient que, parmi les phénomènes curieux qui caractérisent la *mitte* (intoxication par les gaz ammoniacaux et sulfhydriques), il y avait parfois, en outre de l'irritation oculaire et de l'enchifrènement, une certaine gêne de la déglutition avec sensation de tuméfaction du gosier. A mesure que l'industrie chimique se développait, les accidents professionnels du côté du gosier allèrent en se multipliant; mais ce n'est pas dans les traités de pathologie et chez les nosographes qu'il faut aller chercher quelques maigres renseignements, c'est dans les Annales d'hygiène où sont des mémoires fort intéressants sur différentes sortes d'affections professionnelles, signalant parfois des phénomènes d'intolérance du côté de la gorge. Les thérapeutes ne tardèrent pas non plus à reconnaître que l'antimoine, que l'iode, l'ammoniaque, déterminaient parfois des perturbations pharyngées plus ou moins intenses.

Débutons par les plus connues de ces pharyngites toxiques.

Angine mercurielle. — Le gonflement, l'hypersécrétion, la tuméfaction des amygdales et même la production d'ulcères avaient parfaitement été décrits par les vieux auteurs, qui avaient dépeint sous de vives couleurs la position affreuse du malade en proie à une salivation intense, les dents déchaussées et branlantes, ne pouvant rien avaler et n'osant du reste malgré sa faim augmenter ses souffrances en prenant quelque aliment liquide ou

solide[1]. Vers la fin du XVIIIe siècle et au commencement du XIXe, les ennemis du mercure, et ils étaient nombreux, soutinrent que la doctrine funeste de la salivation à outrance causait un grand nombre des ulcères bucco-pharyngiens que l'on observe chez les syphilitiques[2]. D'autre part, la raison physiologique des désordres anatomiques observés fut donnée par Busch, Lobron, Audouard (*Journ. de chimie*, 1843), qui soutinrent que le mercure s'éliminait par les glandes des muqueuses buccale et pharyngienne, opinion qui fut combattue, il est vrai, par Bergeret, mais qui est maintenant hors de doute. Un peu plus tard, Kussmaul, dans un remarquable travail, admit l'existence d'une angine mercurielle chronique et d'ulcérations pharyngiennes d'un rouge cuivré, tenaces et fort semblables à celles que détermine la vérole.

Angine stibiée. — Mis en vogue par Paracelse et par ses élèves[3], proscrit par le parlement de Paris sur les instantes demandes de la Faculté, remis en faveur au XVIIe siècle au grand scandale des docteurs régents, partisans des anciennes idées (Guy Patin), puis oublié, recommandé par Rasori comme l'élément essentiel de la médication contro-stimulante, l'antimoine était devenu entre les mains de Laennec, de Trousseau, de Louis, de Rayer, de Grisolle, l'agent presque unique du traitement des phlegmasies pulmonaires. On l'administrait, à doses refractées il est vrai, en quantité considérable. Or l'antimoine est un irritant, et, quand il n'était pas employé sous la forme de pilules, il faisait bientôt sentir sur le pharynx son

1. Voir à ce sujet Ulrich de Hutten.
2. Voir l'article Syphilis du présent volume de cet ouvrage.
3. L'histoire de Basile Valentin semble entièrement apocryphe. Le Cursus triomphalis antimonii, ouvrage qui fit beaucoup pour la vulgarisation du médicament, n'est donc pas de lui.

action désagréable. De là, des phénomènes angineux plus ou moins accentués qui attirèrent bientôt l'attention des médecins. Voici ce que dit Rayer sur ce sujet : « L'émétique, administré à hautes doses, donne quelquefois aussi lieu à une angine simple, érythémateuse, et plus rarement à une angine pustuleuse, analogue à l'inflammation que les frictions faites avec la pommade stibiée produisent sur la peau. Lorsque cet accident s'est développé, les malades ont ordinairement montré de la répugnance à prendre ce remède, surtout lorsqu'il était associé au sirop diacode. Quelques auteurs ont vu aussi le tartre stibié produire des aphtes dans la bouche et la *salivation*. Le docteur James assure avoir observé six fois ce dernier phénomène après l'emploi des préparations antimoniales ». De là, à assimiler l'action de l'antimoine à celle du mercure, sur la cavité bucco-pharyngée, il n'y avait qu'un pas. Mais, cette opinion fut vivement combattue par des observateurs très habiles, notamment par Trousseau, qui se prononce pour une action locale, dans l'article antimoine du *Dictionnaire en quarante volumes* et surtout dans son *Traité de thérapeutique* (volume 1, p. 571, édition de 1839). « Il nous reste à parler d'un phénomène que quelques personnes ont désigné sous le nom de saturation antimoniale. En général, lorsque l'on a soutenu pendant plusieurs jours la médication par le tartre stibié, le malade éprouve dans toute la gorge, dans la bouche et sur la langue, un sentiment de tension qui s'accompagne de quelques douleurs et d'un goût métallique bien prononcé. Ce goût a été comparé à celui que l'on éprouve lorsque l'on fait usage de mercuriaux. Nous nous étonnons que l'on ait cherché à assimiler complètement l'action de l'émétique sur la mem-

brane muqueuse buccale à celle du mercure sur la même partie. Il y a en effet cette grande différence que le mercure n'agit qu'indirectement sur la bouche, tandis que l'antimoine excerce une action purement locale, exactement semblable à celle des lotions stibiées sur la peau. En effet, le passage répété d'une solution de tartre émétique sur la langue et sur les amygdales détermine une inflammation aphteuse, qui cause de vives douleurs et ne se guérit qu'après plusieurs jours. Ce phénomène ne doit pas être attribué à une véritable saturation et il ne faut pas attendre pour cesser l'administration du régime lorsque la membrane muqueuse buccale s'enflamme, car on voit immédiatement se développer, du côté des organes abdominaux, des accidents qui peuvent être mortels ».

Angine iodique. — Découvert par Courtois, étudié par Gay-Lussac, introduit dans la thérapeutique du goître par Coindet, de Genève, dans celle de la syphilis par Biett, puis contre une foule d'autres maladies, l'iode, de plus en plus largement employé par les médecins, ne tarda pas à déterminer des accidents qui démontrèrent qu'il fallait en surveiller l'emploi. Rilliet, de Genève, les étudia sous le nom d'iodisme qui est resté. Parmi les perturbations observées, il en est de légères qui surviennent de bonne heure et à des doses assez faibles, surtout quand il existe une certaine idiosyncrasie, c'est le coryza et l'angine. Voici ce que disent Trousseau et Pidoux sur ce sujet dans leur *Traité de thérapeutique* : « Dans quelques circonstances aussi, il survient un mal de gorge continu que certains malades supportent avec peine et qui est le prélude de troubles divers du côté du tube digestif ; cette douleur de gorge est, jusqu'à un certain point, le thermomètre de la saturation iodique ».

L'angine produite par le *cuivre* est de cause plus nettement professionnelle. Il s'agit presque toujours des ouvriers produisant le verdet. « Dans les fabriques de verdet, dit Barralier[1], ce sel, répandu dans l'atmosphère, à l'état purulent, provoque des irritations des muqueuses oculaires et respiratoires, et occasionne des ophtalmies, des coryzas, *des angines*, de la toux, etc. Ces accidents, peu graves chez les individus forts et bien constitués, qui, par une longue accoutumance, sont devenus réfractaires à l'action nocive de la respiration de ces poussières, peuvent être sérieux pour ceux dont les muqueuses bronchiques sont susceptibles de déterminer diverses maladies des voies aériennes ». D'autre part, Bailly, médecin d'usine, a noté sur plus de cinq cents ouvriers employés à travailler le cuivre, en outre du liseré dit gingival, de Burton, analogue à celui de l'intoxication saturnine et qui serait dû, suivant Bucquoy, à une altération du tartre et de l'émail des dents, des phénomènes d'irritation du côté de la bouche et du pharynx.

Les faits suivants que nous allons rapporter prouvent que d'autres métaux peuvent, comme le cuivre, amener, du côté de la gorge et des autres voies aériennes supérieures, des phénomènes d'intolérance. Il s'agit du *zinc*. Ses mauvais effets sur la cavité pharyngée furent pour la première fois signalés par Landouzy père et Maumené, en 1850, dans une communication à l'Académie de médecine. Ils observèrent ces troubles pharyngiens chez des ouvriers employés à tordre des fils galvanisés pour le foulage des vins de champagne. Ces ouvriers, comme on le sait, grâce à une machine-outil spéciale, coupent et tordent à la fois dix à vingt brins de fil de fer. Ces fils

1. Article cuivre du *Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques.*

sont mis ensuite en paquets de un kilo et battus avec un morceau de bois pour être redressés et serrés en faisceau. Chaque ouvrier confectionne ainsi quarante à cinquante paquets par jour. Ces accidents apparurent, quand, au fil de fer ordinaire, on substitua le fil de fer galvanisé, c'est-à-dire recouvert d'une couche de zinc. Les mêmes individus, qui travaillaient depuis longtemps dans cette fatigante profession sans en ressentir d'inconvénients sérieux, se plaignirent dès lors d'un goût de poussière sucrée à la gorge, « d'un besoin incessant de tousser et de cracher, de frissons, de malaise général, etc. En effet ces fils galvanisés, fabriqués précipitamment et sans tous les soins nécessaires, étaient recouverts d'une couche assez épaisse de poussière de zinc, d'oxyde et de carbonate de zinc, qui s'échappait abondamment pendant la manutention des couronnes, pendant le tordage des fils, et surtout pendant le battage des paquets.

« Sur six ouvriers employés à cette fabrication, trois éprouvèrent une angine et une stomatite violentes, avec ulcérations des amygdales, pellicules blanchâtres sur les gencives, salivation, fétidité de l'haleine, coliques et diarrhée. Trois présentèrent ces symptômes à un très faible degré. Chez l'un, les coliques et la diarrhée furent les seuls accidents observés ; chez un autre, les coliques furent accompagnées de nausées, de ténesme et d'une constipation opiniâtre. Chez trois d'entre eux, les accidents débutèrent au bout de six à huit jours de travail ; chez un autre, au bout de quinze jours ; chez deux autres, au bout de trois semaines ou un mois.

« A l'exception de l'ouvrière qui travaillait dans l'atelier n° 1, et chez laquelle les accidents fébriles durèrent plus de quinze jours, les autres ne furent pas plus de trois à six jours sans reprendre leurs occupations.

« Ajoutons enfin qu'un petit garçon de trois ans qui couchait dans l'atelier n° 1 fut atteint d'angine avec toux, salivation, etc., tandis que son père, âgé de trente-neuf ans, qui se bornait à y prendre ses repas, n'eut aucune indisposition.

« Quinze jours après ces accidents, les mêmes ouvriers, dans les mêmes conditons hygiéniques, recommençaient le même travail, avec le même fil galvanisé exempt de toute poussière, et il ne se manifesta aucun des phénomènes qu'ils avaient observés la première fois ».

L'influence nocive des *acides*, des *bases* alcalines puissantes telles que l'ammoniaque, la potasse, la soude, la chaux, que ces substances agissent sous la forme de gaz ou sous la forme de poussière, est si évidente et les lésions qu'elles déterminent sont d'un mécanisme si simple qu'il est inutile d'insister. Il faut dire cependant quelques mots des désordres produits par une inhalation médicamenteuse intempestive de l'ammoniaque. Dans la *Gazette de santé* de 1816, Nysten rapporte l'observation d'un épileptique auquel, pendant un accès, on fit respirer longtemps de l'ammoniaque. Il survint bientôt une violente inflammation de la bouche, de la gorge, de la membrane pituitaire, des bronches et la mort survint quarante-huit heures après. Le *Journal médico-chirurgical d'Édimbourg*, tome XIV, p. 641, contient un fait absolument semblable. Enfin la *Revue médicale*, tome XVII, p. 205, a publié le cas d'un empoisonnement par l'acide prussique qui fut combattu en faisant respirer au patient une grande quantité de vapeurs ammoniacales. Les symptômes d'intoxication disparurent, le malade éprouva consécutivement tous les phénomènes d'une violente inflammation de la bouche, du pharynx, du

larynx et des bronches. Il guérit néanmoins dans l'espace de quinze jours.

Les troubles pharyngés déterminés par les *solanées* vireuses sont connus depuis la période græco-romaine. Ils ont été signalés par un grand nombre d'auteurs des siècles précédents et attribués à des spasmes, à de la sécheresse de la gorge, mais surtout à de l'angine. La réalité des accidents inflammatoires fut admise longtemps. Certaines lésions spéciales avaient même été signalées, ainsi que le démontre le passage suivant de l'excellent article que Trousseau a consacré à la belladone dans le *Dictionnaire en quarante volumes*. « Les autres phénomènes observés dans les empoisonnements par la belladone sont moins importants et n'existent pas tous d'une manière constante ; telles sont la sécheresse et la chaleur du gosier qui s'observent presque toujours et qui quelquefois semblent s'étendre à tout le conduit digestif, la difficulté et même l'impossibilité d'avaler, la soif, les sueurs abondantes, la chaleur de la peau ; chez l'individu dont Jolly a rapporté l'observation il y eut un érythème général[1]. Dans quelques cas aussi, on a observé des *éruptions aphteuses au gosier*, qui succédèrent au narcotisme (observation de Sage) et au délire (observation de Munnicks). Mais l'expérimentation sur les animaux et les investigations cadavériques chez les individus ayant succombé à l'empoisonnement par la belladone vinrent bientôt démontrer que la phlogose pharyngée n'existait pas plus que celle de l'estomac et

1. L'existence assez fréquente de cet érythème scarlatiniforme dans l'intoxication belladonée poussa les médecins allemands, principalement les homéopathes (en vertu de l'axiome similia similibus), à administrer la belladone non seulement pour guérir mais pour prévenir la scarlatine. Par extension, on prescrivit ensuite ce médicament dans d'autres angines.

de l'intestin et que les lésions constatables à l'œil nu se réduisaient en réalité à fort peu de chose. » On attribua donc désormais à des perturbations nerveuses les phénomènes gutturaux observés. Gubler soutient même, dans son article Belladone du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, que le resserrement des capillaires [1] détermine au début une véritable anémie. « La muqueuse de l'entrée des voies digestives se montre aussi plus pâle au début de l'atropisme, alors même que la sécheresse est assez grande pour que le voile palatin et la paroi postérieure du pharynx soient comme vernissés. Si le contraire est généralement admis, cela tient en partie à ce qu'on recherche le phénomène à une époque avancée, en partie à ce que l'état normal de ces régions n'est pas suffisamment connu. Quand on examine la gorge d'un sujet qui se plaint de douleurs dans cette région, on est toujours tenté de croire à l'existence d'une phlogose, tant la muqueuse est naturellement rouge et vasculaire. La même illusion se reproduit nécessairement à l'occasion des symptômes de l'atropisme, mais on l'évitera si l'on prend la peine d'établir une comparaison avec la gorge des sujets à l'état normal. »

Hirtz décrit ainsi, dans son article Belladone, du *Dictionnaire Jaccoud*, les phénomènes pharyngiens de l'intoxication belladonée. « Quant à nous, le phénomène initial, celui que nous avons constaté avec les plus petites doses de belladone ou d'atropine, c'est la sécheresse

1. Le resserrement des capillaires a été mis en lumière en 1853 par Warthon Jones, puis un peu plus tard par Brown-Séquard. En 1868, Arthur Bordier, se servant du sphygmographe de Marey, montra que la tension vasculaire subissait une augmentation très sensible. Voir pour plus de détail Meuriot, *De la méthode physiologique et thérapeutique et de ses applications à l'étude de la belladone, Thèse de Paris*, 1868.

de la gorge. Ce fait est noté par tous les observateurs, et son intensité est proportionnelle à la dose du médicament. Du pharynx, la siccité s'étend bientôt vers l'œsophage, vers la bouche, vers le larynx. Non seulement la déglutition devient difficile, mais elle peut devenir impossible. La voix elle-même devient rauque et disparaît et les individus intoxiqués présentent un état qui rappelle l'hydrophobie. Cette sécheresse n'est point seulement subjective, mais elle est visible à l'œil ». Mais nulle part aussi, pas plus que Gubler, il ne fait allusion à l'existence d'une inflammation véritable du pharynx.

Toutes les notions de l'époque sur les angines toxiques ont été exposées et résumées dans les excellents articles sur l'Angine du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* et du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*. Voici ce que dit Desnos sur ce sujet :

Il est d'observation quotidienne que l'absorption du mercure administré par le tube digestif ou par le tégument externe ou introduit dans l'organisme sous forme de vapeurs inhalées, comme chez les doreurs et les ouvriers des mines de mercure, produit assez souvent, vers la muqueuse buccale et les gencives, des accidents phlegmasiques d'une physionomie particulière, accompagnée de ptyalisme.

« Lorsque, par exception, l'inflammation de la bouche avec ces divers symptômes et lésions se propage aux régions gutturales, ou quand, ce qui est plus rare encore, la phlegmasie s'y localise d'emblée, on dit qu'il y a angine mercurielle, caractérisée par de la dysphagie, de la rougeur du pharynx, des ulcérations recouvertes d'une couche grisâtre. Comme on le voit, l'angine mercurielle ne représente qu'un épiphénomène, un accident de la sto-

matite, dont elle suit les phases, disparaissant avec elle et à l'aide du même traitement.

« Il est exceptionnel que l'angine prenne une assez grande intensité pour constituer par elle-même un danger pressant et nécessiter une intervention thérapeutique très énergique.

« Les faits que nous venons de noter, véritables phénomènes d'hydrargyrose aiguë, sont acceptés par tous et ne peuvent soulever de discussion. Il n'en serait pas de même d'une angine d'hydrargyrose chronique, se développant chez des sujets en puissance de syphilis et traité par le mercure [1].

« L'existence des angines dues à une intoxication mercurielle chronique n'est qu'une des faces d'une question plus vaste.

« Certains pathologistes inclinent à attribuer au mercure les déterminations morbides de la syphilis, dont ce médicament a été seulement impuissant à enrayer la marche. Réfuter cette erreur, traiter ici de la valeur du traitement mercuriel dans la syphilis serait sortir de notre sujet. La distinction de ces prétendues angines mercurielles chroniques d'avec les manifestations de la syphilis a été inutilement tentée.

« Sans nous arrêter aux opinions de Colson qui niait le virus syphilitique et admettait que le mercure peut déterminer des accidents dix ou douze ans après la cessation de son usage, nous dirons que Dietrich a vainement cherché dans une coloration violacée particulière, dans des points jaunâtres pisiformes un peu élevés, dus à la saillie des follicules, parsemés sur les parties malades, des signes distinctifs entre l'angine hydrargyrique et les

1. Admise cependant par Küssmaul.

lésions syphilitiques de la gorge, puisqu'on trouve les mêmes symptômes chez des individus syphilitiques qui n'ont encore suivi aucun traitement (E. Martellière).

« *Angine du tartre stibié.* — Lorsque la médication stibiée a été soutenue pendant quelques jours, et surtout si le médicament a été donné en potion, il se développe sur la langue, dans la bouche et surtout vers la gorge une sensation de tension accompagnée de douleurs, de dysphagie, d'un goût métallique bien prononcé et comparé à celui que l'on éprouve par l'usage des mercuriaux. En même temps, les parties malades sont rouges, gonflées et fréquemment le siège d'ulcérations aphteuses extrêmement pénibles et qui ne guérissent qu'après plusieurs jours. C'est à tort qu'on a considéré cette angine comme un résultat indirect de l'ingestion du tartre stibié, comme un signe de son action générale sur l'organisme, comme un indice de saturation antimoniale. C'est un phénomène dû au passage d'une substance irritante qu'on peut prévenir en adoptant la forme pilulaire.

« Quand l'angine s'est développée, Trousseau et Pidoux conseillent de la combattre par des gargarismes avec l'alun, le sulfate de zinc, des collutoires dans lesquels on fait rentrer l'acide chlorhydrique.

« *Angine de l'iodure de potassium et des préparations iodées.* — Si nous prenons l'iodure de potassium comme type de l'origine des accidents pharyngés produits par l'administration des préparations iodées, c'est qu'il est en effet la cause la plus fréquente ; mais l'angine peut se produire sous l'influence de tous les composés iodiques.

« L'angine iodique consiste en de la rougeur avec douleur de gorge d'intensité variable. Mais ce qui la caractérise, c'est sa coïncidence avec des symptômes de

coryza, avec un écoulement par les narines et un malaise qui s'étend tout le long du nez jusqu'au front (Wallace), avec un mouvement fluxionnaire assez accusé vers les conjonctives et du larmoiement. Souvent, il existe en même temps de l'insomnie, et il peut se faire une éruption d'acné sur le corps. Toutefois, cet ensemble symptomatique n'offre rien de pathognomonique. On a déjà remarqué sa ressemblance avec celle de la grippe, et il faut s'enquérir des antécédents du malade pour assurer le diagnostic.

« Il est à peine besoin de dire que l'angine iodique n'est pas un résultat direct de l'ingestion de l'iodure de potassium, mais bien une manifestation d'intoxication générale, un signe de saturation iodique.

« Du reste, l'angine cède aussitôt qu'on cesse l'administration de l'iodure ou d'autres composés d'iode ou qu'on se borne à abaisser les doses trop élevées.

« *Angine arsenicale.* — Et d'abord cette angine existe-t-elle réellement?

« Dans la plupart des observations d'empoisonnement par l'arsenic, on trouve noté un sentiment d'ardeur, de sécheresse à la gorge avec difficulté de la déglutition. Mais la rougeur du pharynx se rencontre plus exceptionnellement, et l'on n'observe les autres signes propres à l'inflammation, ni pendant la vie, ni sur le cadavre [1].

« Ce n'est donc qu'au point de vue du diagnostic différentiel que nous faisons figurer dans notre tableau les symptômes pharyngés de l'intoxication arsénicale. Ils ne sauraient d'ailleurs présenter d'autre intérêt en présence du cortège des accidents formidables de l'empoisonnement par les préparations d'arsenic.

1. On a cependant signalé récemment non seulement de l'angine, mais parfois des ulcérations pharyngées, de l'otite.

« *Angine de l'intoxication chronique par le zinc.* — Nous mentionnons, à titre de simple renseignement, des phénomènes de phlegmasie stomato-gutturale, signalés par Rouvier (1850), chez un ouvrier qui maniait des préparations de zinc dans une fabrique. Ce sujet appelle de nouvelles recherches.

« *Angines par poisons végétaux.* — *Angine de la belladone et des solanées.* — Les effets de l'ingestion de la belladone sur l'arrière-gorge sont bien connus. Ils se produisent par l'usage de doses simplement médicamenteuse, aussi bien que par des intoxications à doses élevées. Ils ont été observés sur cent cinquante soldats empoisonnés, auprès de Dresde, par des baies d'atropa et dont Gaultier de Claubry a rapporté l'histoire, ainsi que sur six soldats soignés par Brunwell.

« Ces phénomènes consistent non seulement dans une sécheresse considérable fort pénible de la gorge, dans une difficulté plus ou moins grande de la déglutition, mais encore en une rougeur assez marquée de l'arrière-gorge. Il y a donc lieu de les classer parmi les angines. L'absorption de la belladone ou des composés d'atropine par les méthodes endermiques ou hypodermiques donne les mêmes résultats. Nous observons actuellement un homme chez qui l'injection hypodermique de neuf gouttes d'une solution de sulfate d'atropine au centième faite, le matin, à la cuisse, pour une névralgie sciatique, entrave, pendant les deux premiers tiers de la journée, l'alimentation par une douleur de la gorge qui coexiste avec de la congestion et de la sécheresse du pharynx.

« Les phénomènes d'angine belladonée, à l'exception de la sensation de sécheresse du pharynx, n'ont, du reste en eux-mêmes, rien de caractéristique, si on ne les rap-

proche des antécédents du malade et de quelques autres signes coexistants, tels que la dilatation des pupilles, certains troubles de l'intelligence.

« D'autres solanées partagent les propriétés de l'atropa au point de vue qui nous occupe. Il en est ainsi du datura stramonium d'après Trail et Duffing. »

Peter se montre plus physiologiste. « Il importe, dit-il, de bien distinguer dans les angines produites par l'ingestion de certaines substances les angines qui résultent directement de l'action topique exercée par ces substances, d'avec les angines produites indirectement par le fait de leur absorption. Dans le premier cas, il y a pénétration de la membrane muqueuse de la gorge par une substance irritante, à la suite d'un phénomène purement physique, l'imbibition ; c'est un *traumatisme*. Dans le second cas, il y a pénétration de la membrane muqueuse à la suite d'un phénomène vital, l'absorption ; c'est une véritable *intoxication*. En effet, la substance a été ingérée impunément d'abord, puis, absorbée et introduite dans le sang, elle est rapportée par celui-ci vers la gorge en vertu d'une espèce d'action élective. Je citerai comme exemple de l'angine par imbibition celle du tartre stibié, et comme exemple d'angine par absorption celle de la belladone ou de l'iodure de potassium.

« *Angines par imbibition*. — Il faut remarquer que les substances agissent d'une manière bien différente suivant leur nature et leur affinité ; ainsi il en est qui se combinent avec nos tissus et forment alors des composés nouveaux ; il en est d'autres qui, enlevant à ces mêmes tissus leur hydrogène et leur oxygène, c'est-à-dire les éléments de l'eau, mettent à nu le charbon et carbonisent ces tissus, tel est l'acide sulfurique. Il est enfin un

B BLANCHARD

troisième groupe de substances chimiques qui, s'infiltrant dans les tissus, s'opposent matériellement aux échanges moléculaires qui sont la vie et tuent sur place les tissus qu'elles infiltrent, de ce nombre sont les arséniates et surtout le tartre stibié.

« *Angines par les métalloïdes.* — Le phosphore produit une inflammation vive de la gorge. Cette coloration de la membrane muqueuse est rouge et quelquefois parsemée de taches noires et ardoisées.

« L'iode en vapeur ou en solution peut déterminer un sentiment de sécheresse à la gorge et même un certain degré d'angine. La membrane muqueuse est colorée en un jaune brun bien différent du jaune de l'acide azotique. Cette coloration de l'iode est plus superficielle ; elle disparaît assez rapidement, l'iode s'évaporant bientôt. Cette angine persiste peu de temps.

« Les vapeurs de chlore peuvent aussi causer l'angine.

« *Angines par les acides.* — Les acides étendus d'eau coagulent l'albumine qui fait partie du mucus de sécrétion et produisent une petite membrane qu'il faut bien se garder de confondre avec celle dont on veut empêcher la formation, la reproduction ou l'extension. C'est une erreur de ce genre qui a fait dire à Baup « que l'acide chlorhydrique propageait l'inflammation couenneuse. » (Trousseau et Pidoux). Au bout de peu de jours, cette petite escarre superficielle se détache et permet de constater que l'action du caustique n'a pas pénétré profondément.

« Que si les acides sont concentrés, il se produit des désordres quelquefois effrayants, la membrane muqueuse est désorganisée, les escarres sont étendues et profondes ; des ulcères se forment au-dessous d'elles, les tissus voisins sont rouges et tuméfiés.

« Les acides sulfurique et chlorhydrique produisent des escarres d'un noir plus ou moins foncé, l'acide nitrique ou l'eau régale des taches blanches ou jaunâtres.

« L'acide acétique ramollit la membrane muqueuse pharyngienne et lui donne une couleur de suie.

« L'acide oxalique la rend comme gélatineuse et produit des érosions plus ou moins étendues.

« *Angines par les alcalis.* — La potasse et la soude ont une action destructive si puissante que, sous leur influence, la membrane muqueuse s'en va par lambeaux.

« L'ammoniaque inspirée en petite quantité détermine une légère congestion et une hypersécrétion; « elle agit donc tout à fait à la manière des expectorants » (Trousseau et Pidoux).

« Inspirée en grande quantité, elle produit une chaleur brûlante à la gorge, la muqueuse est d'un rouge vif. « Chez quelques malades susceptibles, l'inspiration du gaz ammoniac peut déterminer un spasme de la glotte tel, que la respiration peut rester suspendue pendant plusieurs secondes et que la vie semble menacée gravement. » (Trousseau et Pidoux).

« Le carbonate d'ammoniaque (sel volatil d'Angleterre), le chlorydrate (sel volatil) causent des désordres moins considérables.

« *Angines par les sels.* — Le nitrate d'argent porté sur la muqueuse pharyngienne détermine la formation d'une pellicule blanche due à la coagulation de l'albumine et à la formation de chlorure d'argent, qui noircit au contact de l'air. Il y a là plutôt congestion qu'angine véritable.

« Les sels de cuivre (le vert de gris, le vert de Scheele) irritent vivement la membrane muqueuse; leur première

action est la combinaison avec les éléments protéiques des tissus et la formation d'un coagulum bleu verdâtre; d'après Mitscherlick, dans les angines qui résultent de l'action du protosulfite de fer (couperose verte), la muqueuse est verdâtre.

« Les sels de plomb à forte dose sont très irritants. Cependant Orfila cite une observation d'empoisonnement aigu par 48 grammes d'acétate de plomb, et qui fut suivie d'une mort prompte, sans avoir occasionné l'inflammation de la membrane muqueuse.

« Les sels de mercure, tels que le deutochlorure ou sublimé, enflamment vivement la membrane muqueuse, qui présente de petites ulcérations superficielles recouvertes d'une pellicule blanchâtre. Il y a là une action topique bien différente de celle que les préparations mercurielles produisent après leur absorption, ainsi que nous le verrons plus loin.

« Les sels de zinc ont aussi une action irritante. Landouzy a remarqué que les ouvriers qui travaillaient dans les fabriques de zinc sont souvent affectés d'angines.

« Le tartre stibié produit également l'angine. A la suite de l'administration de ce sel, surtout lorsqu'il a été donné en potion, c'est-à-dire dissous et, par conséquent, dans les conditions les plus favorables à l'imbibition de la membrane muqueuse, on voit chez certaines personnes la gorge s'enflammer et se couvrir de pustules analogues à celle que le tartre stibié produit sur le tégument externe. J'ai vu cet accident survenir en moins de 24 heures chez une dame atteinte de pneumonie et qui prenait une potion contenant 30 centigr. de tartre stibié. Il y a alors sensation de chaleur vive avec tension douloureuse, goût métallique des plus désagréables, et

difficulté extrême de la déglutition. La membrane muqueuse est rouge, tuméfiée et couverte d'ulcérations aphteuses ou de véritables pustules. On peut en observer également, bien qu'en nombre moins considérable, sur la langue et dans la bouche.

« Cette inflammation pustuleuse dure de trois à six jours, on l'évite en administrant le tartre stibié en pilules. On la combat à l'aide de gargarismes émollients ou rendus astringents par l'addition d'alun, de sulfate de zinc ou d'acide chlorhydrique.

« *Angines par absorption.*

« *Angine par les préparations mercurielles administrées à l'intérieur.* — Elle est beaucoup moins fréquente que la stomatite, et n'existe jamais sans celle-ci. Cette angine est caractérisée par de la rougeur au pharynx ; il peut même y avoir des ulcérations recouvertes d'une couche grisâtre comme dans l'angine ulcéro-membraneuse ; le malade éprouve de la douleur, de la dysphagie ; son haleine est des plus fétides.

« Cette angine peut s'observer non seulement chez les malades traités par les mercuriaux à l'intérieur, mais encore à la suite d'applications sur la peau, comme aussi chez les doreurs ou chez les ouvriers employés dans les mines de mercure.

« Elle a peu de gravité, et cède rapidement à l'administration du chlorate de potasse et à l'usage de gargarismes astringents.

« *Angine par les préparations iodées.* — Le type en est celle que produit l'absorption de l'iodure de potassium. Ce sel exerce une action élective toute spéciale sur les membranes muqueuses pituitaires, conjonctives et pharyngées, ainsi que sur les glandes salivaires. Très peu

de temps après une absorption, il se produit chez certaines personnes un coryza intense ; chez d'autres, c'est une angine qui en résulte. J'ai vu celle-ci apparaître chez une dame, moins d'une heure après l'ingestion d'une très petite dose du médicament.

« Cette angine est plutôt, en principe, une simple hypérémie qui consiste dans une sensation de sécheresse, d'âcreté et de chaleur douloureuse dans la gorge ; puis le mal cesse spontanément au bout de peu d'heures, mais si la dose de sel a été considérable, ou si l'administration en a été prolongée malgré l'apparition de ces premiers symptômes, alors l'hypérémie devient inévitable phlegmasique, comme j'ai vu en pareil cas, le larmoiement, causé par l'iodure de potassium devenir une ophtalmie, c'est-à-dire, l'hypérémie conduire à la phlegmasie.

« L'angine de l'iodure de potassium reste toujours une inflammation superficielle, caractérisée par de la rougeur, avec sensation de sécheresse et de constriction de la gorge ; en même temps il y a de la dysphagie, mais ce qui est surtout significatif, le plus habituellement le malade éprouve un sentiment de tension, je dirai presque de chatouillement dans les glandes parotides et sous-maxillaires, indice du travail de sécrétion exagéré qui s'y opère, et la bouche est inondée de salive, les fosses nasales et les sinus frontaux eux-mêmes sont chauds et douloureux, il se fait, par les narines, un écoulement abondant de liquides d'apparence séreuse, enfin la conjonctive est injectée et les yeux larmoient. Dans ce cas, il y a vers toutes ces muqueuses un mouvement fluxionnaire général dont on ne saurait méconnaître la nature. Parfois un phénomène fluxionnaire analogue peut s'effectuer vers la peau, et il en résulte une éruption acnéiforme ; enfin,

il peut y avoir de l'insomnie avec un peu de fréquence du pouls. Cependant il est des cas où l'angine existe exclusivement, accompagnée seulement de gonflement et de tension des glandes salivaires.

« Cette angine disparaît bientôt après qu'on a cessé d'administrer le sel, ou dès qu'on se borne à en diminuer la dose, et c'est là le meilleur traitement qu'on ait à prescrire.

« Ce que j'ai dit sur l'angine par l'iodure de potassium est également vrai de celle qui survient après une injection de teinture d'iode dans une cavité séreuse, et rien ne prouve mieux d'ailleurs, qu'il n'y a pas eu, dans ces cas, une action topique exercée, mais qu'il s'agit bien d'un phénomène d'absorption générale.

« On pourrait confondre avec la grippe les symptômes fluxionnaires dont j'ai parlé, mais l'absence habituelle de phénomènes du côté du système nerveux, et surtout la connaissance de la cause facilitent le diagnostic.

« *Angine par les solanées.* — Comme pour les préparations iodées, les phénomènes produits par les solanées, du côté de la gorge sont d'abord des phénomènes d'hypérémie plutôt que de phlegmasie. C'est une sécheresse considérable de la gorge, avec constriction allant parfois jusqu'à l'impossibilité d'avaler. En même temps il y a de la rougeur souvent assez vive et un sentiment d'ardeur douloureuse. Enfin, le pouls devient plus fréquent, mais la température de la peau reste normale. Ces symptômes, qui ressemblent assez à ceux qui produisent les préparations iodées, en diffèrent par l'absence de fluxion du côté de la pituitaire et de la conjonctive, et surtout par la dilatation de la pupille.

« L'angine peut survenir à la suite de l'ingestion d'une très faible dose de belladone, administrée par une voie quelconque, ainsi que je l'ai vue apparaître par le fait d'un suppositoire contenant un centigramme seulement d'extrait de belladone.

« Dilatation des pupilles, quelquefois légers troubles de l'intelligence et surtout connaissance de la cause, tels sont les éléments du diagnostic.

« Le datura stramonium peut produire des accidents assez semblables. Il en est ainsi de certaines euphorbiacées. Enfin l'opium produit quelquefois sécheresse de la bouche et de la gorge avec constriction du pharynx; mais dans ce cas il y a contraction et non dilatation des pupilles.

« L'angine des solanées n'est qu'un des phénomènes de l'intoxication par ces végétaux ; et comme elle est l'un des premiers phénomènes, elle indique ainsi le degré de tolérance ou mieux d'intolérance de l'organisme ; à ce titre, elle ne doit pas être négligée. C'est une névrose avec hypérémie et non pas une phlegmasie ; elle ne peut donc jamais être grave, mais par la constriction douloureuse qu'elle provoque, par les symptômes nerveux si violents parfois qui l'accompagnent, elle se présente souvent dans des circonstances presque effrayantes [1] ».

1. Les troubles pharyngés, oculaires, cérébraux des solanées vireuses ont été signalés dès la période grecque. On sait que les chirurgiens d'Alexandrie s'en servirent un moment comme anesthésiques locaux ; mais, les accidents signalés plus haut ne permirent pas à cette méthode de s'introniser.

II. — PHLEGMASIES PHARYNGÉES VULGAIRES D'ORIGINE LOCALE

(*Propagées*)

---

a) Déterminations pharyngées du muguet.

Parmi les affections de la cavité bucco-pharyngée, dont la description a subi, au cours du XIXe siècle, les modifications les plus profondes, on peut citer le muguet. Sa nature *parasitaire* est démontrée, notion d'une portée considérable, car elle habitue les médecins, éclairés déjà par l'origine cryptogamique des teignes, à l'idée des germes pathogènes. D'autre part, son type morbide, à peine esquissé dans les périodes précédentes, se dégage tout à fait des aphtes. Enfin, des discussions du plus haut intérêt surgissent à son propos. Les uns, comme Valleix, en font une maladie fort grave, dans laquelle se fondent à peu près tous les symptômes de cet état morbide si important, décrit par Parrot sous le nom d'atrepsie. Les autres ne lui reconnaissent qu'un rôle secondaire et en quelque sorte subordonné, affirmant qu'il vient se greffer sur un terrain en pleine déchéance vitale, sans déterminer autre chose que des phénomènes d'irritation légers et purement locaux. Mais, avant d'aborder l'étude de ces phases si diverses et si opposées, il faut d'abord indiquer ce qu'on entendait par muguet jusqu'en 1820.

Historique du muguet avant Lélut. — Trompés par

l'apparence blanchâtre des lésions et par la réaction inflammatoire qui succède, parfois assez marquée, à l'envahissement de la muqueuse par l'oïdium albicans, les anciens ont confondu le muguet avec les aphtes. Si parfois certains traits de leur description ne peuvent se rapporter qu'à l'affection qui nous occupe, néanmoins ils dépeignent celle-ci d'une façon si confuse qu'il est impossible de s'y reconnaître. C'est le cas non seulement d'Hippocrate et de Celse, mais encore d'Arétée, d'Aetius, des auteurs Arabes, de ceux de la Renaissance. Boerhaave et Van Swieten sont déjà un peu plus explicites; mais il faut arriver à Harris (voir son *Traité des maladies des enfants*, traduit en latin par Devaux, 1705) pour trouver un tableau symptomatique déjà suffisamment précis. D'ailleurs, la fréquence avec laquelle le muguet sévissait dans les hospices d'enfants trouvés devait bientôt susciter des recherches intéressantes. Sans parler de la consultation des médecins parisiens les plus célèbres qui eut lieu en 1749, à la demande de l'administration, deux praticiens éminents à divers titres, Levret et Raulin, s'occupèrent du muguet que, dans certaines régions de la France, on appelait encore blanchet, millet, et que les nourrices, ainsi que les gardeuses d'enfants, attribuaient à un lait aigri et corrompu.

Raulin, moins scientifique que Levret, mais dont le passage mérite d'être recueilli à cause des curieux détails qu'il contient, considérait l'affection comme une sorte de scorbut sévissant chez les très jeunes enfants. « Il règne à Paris, dans l'hôpital des enfants trouvés et à l'Hôtel-Dieu, où les femmes pauvres accouchent, une maladie endémique qui est peu connue ailleurs comme telle. En réfléchissant sur son caractère,

la façon dont elle se manifeste et sur ses symptômes, il paraît que c'est une espèce de scorbut propre aux enfants dans les premiers jours de leur naissance et jusqu'au quarantième. Lorsque ce jour est passé, on prétend qu'ils en sont exempts. Cette maladie est connue sous le nom de muguet. Elle se démontre d'abord par de légères rougeurs au palais et à la langue, où naissent de petits boutons ou pustules qui, en peu de temps, se répandent dans tout le dedans de la bouche et du palais, se communiquent à la langue, au gosier et interceptent la déglutition; les boutons font ainsi des progrès jusque dans le ventricule. Les enfants qui en sont atteints tombent dans le marasme et périssent très promptement. Lorsqu'il leur survient un cours de ventre, ce qui est très ordinaire dans cette maladie, ils meurent dès le troisième jour. Les boutons que l'on connaît sous le nom de muguet sont de deux espèces. Les uns sont blancs et les autres ont une couleur grisâtre; ceux-ci sont d'un plus mauvais caractère; ils rendent bientôt la langue noire, et il se manifeste alors des symptômes gangreneux qui annoncent une mort très prochaine. Les autres rendent une espèce de farine jaunâtre qui s'exfolie par pellicules et se dissipe. Les enfants en guérissent lorsqu'on peut leur donner de bonnes nourrices, hors de l'hôpital, dès qu'ils en sont affectés. Si les nourrices se chargent des enfants avant que le muguet se manifeste, il est rarement dangereux. S'ils restent dans l'hôpital, ayant cette maladie, ils en périssent presque tous. Les nourrices qui ont donné à téter à un de ces enfants communiquent la maladie à d'autres en leur donnant le sein. » Raulin dit expressément « que le muguet n'est propre qu'à la première enfance ». Il fait remarquer que le mal est très fréquent

en Flandre, notamment à Lille, à cause du climat humide et froid de cette région. Quant aux causes, il rappelle les croyances populaires sur les *aigres*. « On prétend que cette maladie provient d'un lait aigri dans leur estomac, qui exhale une vapeur malsaine dont la quantité et la mauvaise qualité sont proportionnées au nombre de ceux qui sont renfermés dans un petit espace, que cette vapeur, par laquelle ils s'infectent mutuellement les uns les autres, produit le muguet et le rend contagieux par sa qualité vénéneuse. » Raulin s'efforce de réfuter cette hypothèse, parce qu'elle tendrait à faire admettre que de pareilles affections devraient se retrouver dans tous les pays, dans tous les hôpitaux et même en ville, aussi bien qu'à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital des enfants trouvés de Paris; or, il n'en est rien. Il rapporte qu'on observa « à Rouen des aphtes de cette nature parmi les enfants trouvés, pendant l'essai inutile que l'on y fit pour les nourrir avec du lait de vache. » Il accuse les conditions déplorables où se trouvaient les enfants à l'Hôtel-Dieu[1]. « C'est l'effet d'un air corrompu par les exhalaisons d'une quantité immense de malades, de mourants et de morts. La transpiration d'un homme ordinaire est, dans les vingt-quatre heures, d'un trente-quatrième de pouce; quelle immense atmosphère d'exhalaisons ne doivent pas faire les malades de cet hôpital qui sont ordinairement au nombre de 3 à 4.000, nombre qui se renouvelle tous les jours depuis des siècles? Les enfants que l'on portait il y a quelques années à la maison de la couche (Hôtel-Dieu) et qu'on y faisait séjourner étaient presque tous attaqués du muguet. On en éleva les bâtiments et les appartements, on donna à ceux-ci un air plus libre,

1. Voir le rapport si concluant de Tenon (fin du XVIII[e] siècle).

il en devint moins corrompu; par ce moyen la maladie se ralentit et le nombre des malades et des morts diminua sensiblement. »

Dans ses conseils pour allaiter les enfants, etc. (*J. de Vandermonde*, 1772, XIV), Levret croit plutôt que le muguet doit être considéré comme une gourme interne.

« Lorsque, dit-il, la gourme des petits enfants vient à transsuder par les pores de la superficie des premières voies, au lieu de sortir par ceux de la peau, elle produit une maladie que le vulgaire nomme le muguet. Cette maladie est beaucoup plus commune dans les hôpitaux que dans les maisons particulières, parce que, comme elle est très contagieuse pour les enfants à la mamelle, elle fait bien du ravage, lorsqu'ils sont en grand nombre. Quand l'enfant est menacé de cette maladie, il a beau téter et même de fort bon lait, il ne profite plus; loin de là, il dépérit bien vite et son aspect ne tarde pas à devenir celui des vieillards décrépis, parce que, chaque fois qu'il vient téter, il rejette tout de suite le lait qu'il a pris, ce qui est ordinairement accompagné de fièvre ardente, de dévoiement sérieux..... Peu de jours après ces premiers accidents, et quelquefois en même temps qu'eux, il se déclare des aphtes dans la bouche, dont le plus souvent les premiers qu'on aperçoit sont au bord du dedans des lèvres, surtout de la supérieure, et au milieu. Bientôt après, ces aphtes sont suivies de taches blanches, dispersées çà et là au dedans de la bouche. Ces taches, qui sont souvent d'une figure irrégulière, ne tardent point à s'étendre et à se joindre les unes aux autres, jusqu'au point de tapisser tout l'intérieur de la bouche, de même que la langue. Pendant ce temps le fondement de l'enfant, qui avait rougi, s'écorche. Il en suinte des humidités

glaireuses qui se durciraient en croûtes laiteuses si, au lieu d'être continuellement délayées tant par les urines que par les matières fécales, elles étaient exposées au seul contact de l'air. Cela est si vrai que les premiers aphtes qui paraissent aux lèvres deviennent peu de jours après des croûtes. D'ailleurs, il arrive quelquefois que l'enfant a en même temps le muguet et des croûtes laiteuses sur la peau, n'importe de quelle partie, et que cette crise ainsi partagée est tant à la charge qu'à la décharge de l'un et de l'autre, ce qui semble indiquer l'usage des vésicatoires dès le commencement du muguet. On trouve dans ceux de ces enfants qui ont succombé à cette cruelle maladie toutes les premières voies tapissées de cette matière grasse, comme crémeuse en dessus, et fromageuse au-dessous, et cela de l'intérieur des lèvres jusqu'au fondement, en sorte que la bouche, l'estomac et les intestins en sont comme doublés. »

Peu après, Doublet faisait paraître dans les *Mémoires de la Société royale de médecine*, en 1785, une bonne étude clinique de l'affection, où il signalait les principaux symptômes, l'allure discrète ou confluente, les régions envahies, la gravité habituelle du pronostic, etc. Il admit, à côté de la forme habituelle, une forme légère et en quelque sorte locale. « Le millet est gros ; très superficiel, peu serré, le dévoiement léger et le fond de la bouche peu altéré dans sa couleur ; alors le téton (l'allaitement au sein) guérit sûrement le millet et, même sans nourrice, les gargarismes acidulés, le lait de chèvre, l'eau de riz aromatisé, l'eau mirée. » C'est, comme on le voit, la première mention du muguet, dit idiopathique, qui soulèvera plus tard tant de discussions. Dès ce moment, bien des particularités cliniques du mal sont déjà suffi-

samment connues. On exagère, il est vrai, singulièrement les limites habituelles du mal, ainsi que son pouvoir contagieux ; et son apparition chez l'adulte est totalement ignorée. Mais, si l'on en fait faussement une maladie exclusive des nouveau-nés, on sait l'effet déplorable qu'exerce sur ceux-ci l'encombrement et le mauvais lait, non moins que la constitution débile. Les administrateurs des hôpitaux tâchent souvent d'y remédier en élargissant et en aérant leurs crèches (ex. l'Hôtel-Dieu de Paris) et en remplaçant le lait quelconque acheté au dehors par celui de vache ou de chèvre immédiatement recueilli et préservé des adultérations trop fréquentes qui en modifient singulièrement la qualité. Il est garanti surtout contre la fermentation, sans doute regardée à tort comme la cause unique du mal, mais très nocive cependant par les troubles intestinaux graves qu'elle détermine.

Le *concours sur le muguet*, institué par la Société royale de médecine, est resté célèbre par le nombre et la valeur des concurrents qui y prirent part, parmi lesquels on peut citer Sanpons, Auvity, Wimperse, Cooman etc. Néanmoins, leurs mémoires ajoutèrent peu à l'excellent travail de Doublet, sur lequel du reste ils s'appuient fréquemment. Auvity attribua les plaques de muguet à une sorte de dépôt crémeux résultant d'une maladie des follicules muqueux. Wimperse soutint qu'elles résultaient d'une exhalaison sous-épithéliale qui se concrétait : « graves mihi permanent rationes aphtos nihil esse, nisi humorem acrem corruptum cutim oris inter et epithelium, harumque membranarum in visceribus continuationes per criseos speciem effundens. »

Ni Dugès, ni Gardien n'ont écrit quelque chose de bien original. Ils continuent, contrairement à Wimperse,

à confondre le muguet avec les aphtes. C'est le cas également de Paucellier (*Thèse de Paris*, 1816); mais celui-ci a eu du moins le mérite de reculer un peu les limites d'âge où le mal était censé se produire. Il déclara en avoir observé des cas bien nets chez des enfants de quatre à cinq ans. De plus il rapporte que Ketelaer, tout en admettant que c'était par excellence une affection infantile, affirmait en avoir vu des exemples chez des sujets à toutes les époques de la vie.

Devilliers (article Muguet du *Dictionnaire des sciences médicales* en 60 volumes) nie formellement, comme Wimperse et Sanpons, qu'il en soit ainsi, et continue à penser que cette maladie est propre aux nouveau-nés; mais du moins, il rejette absolument l'idée d'aphtes. Il déclare tout à fait fautive la dénomination de fièvre aphteuse, d'aphte des enfants. « A mon avis, ces dernières dénominations lui conviennent moins que toute autre; car, en examinant avec soin cette maladie, on lui trouve fort peu de rapports avec les aphtes dont au contraire elle diffère beaucoup. Malgré tout ce qui a été écrit à ce sujet par des médecins recommandables, malgré l'excellent mémoire de notre estimable confrère, le docteur Double (*Recueil périodique de la Société de médecine de Paris*, tome XVIII), je pense que le muguet est une maladie distincte ». Malheureusement égaré par une grossière analogie, il reprend l'idée d'une miliaire des voies digestives semblable à la miliaire de la peau. « En effet, si on veut se donner la peine de comparer la miliaire de la peau avec celle dont je traite, on sera convaincu qu'il existe en elles une analogie frappante. C'est ce que nous tenterons de démontrer ». Sanpons appelait le muguet *morbum miliarem infantium*, *vel sodam miliarem* (*Hist.*

Société de Médecine, 1787-1788). Et il conclut : « Quant aux aphtes, dans quelques points qu'on les aperçoive, sur quelques individus qu'on les examine, on ne découvre que de petits ulcères blancs dans le milieu et bardés d'un cercle rouge ; ce qui, a la couleur blanche près, ne se voit jamais dans le muguet ». L'étiologie que voici est assez exacte : « Une constitution faible, délicate, soit originairement, soit par suite de maladies, une mauvaise nourriture ; les enfants nourris par leur mère y sont moins sujets que ceux qui sont confiés à des nourrices, ou nourris par le lait de vache, ou que ceux auxquels on donne de la bouillie, aliment très indigeste et qui s'aigrit facilement. » Dans les lignes suivantes, les facteurs morbides réels se mêlent aux imaginaires. « La rétention du méconium, le séjour dans des lieux bas et humides, dans ceux qui renferment un grand nombre d'individus, dans les hôpitaux, dans un air insalubre, la malpropreté, y disposent encore ». Voici, suivant lui, le mécanisme qui préside à la production des dépôts blanchâtres du muguet regardé comme le résultat de la concrétion d'un mucus pathologique : « Le liquide que les orifices de ces follicules versent sans cesse à la surface de ces membranes peut être ou retenu, ou sécrété en trop grande abondance, ou enfin éprouver lui-même des altérations selon les diverses modifications que leurs propriétés vitales ont subies.

« Une des causes d'irritation que nous venons d'indiquer ayant porté une fois son atteinte sur le tube alimentaire, la muqueuse s'enflamme d'abord dans les points qui ont ressenti les premiers l'action des irritants : l'épiderme fin qui la recouvre se soulève, et de petits boutons rouges se montrent dans plusieurs portions de son éten-

due ; bientôt on distingue des vésicules peu transparentes au début, mais qui le deviennent ensuite d'avantage. L'inflammation acquiert de l'intensité ; alors l'éruption peut s'étendre sur toute la surface de la muqueuse buccale, gastrique, intestinale et celle qui tapisse le pharynx. Elle se termine partiellement par une sorte de dessiccation, qui est suivie de la chute de petites portions d'épiderme ». Les prétendus symptômes généraux prémonitoires du muguet, signalés par l'auteur, ne sont en réalité que ceux des graves affections intestinales ou autres qui en favorisent l'apparition. « Les symptômes précurseurs et généraux du muguet, ou signes d'invasion, ne peuvent en aucune façon caractériser cette maladie, quelque nombreux qu'ils soient. Ainsi pendant la lactation, le refus de prendre le sein ou la précipitation avec laquelle l'enfant le cherche, le désire et s'en sépare après l'avoir pris avec une sorte d'avidité, les gémissements, les agitations, l'insomnie ou la somnolence, l'accélération du pouls ou sa lenteur et sa concentration, une grande soif, la chaleur brûlante qu'on sent en introduisant le doigt dans la bouche, la douleur gravative aux environs de l'estomac, l'anxiété précordiale, les nausées, le vomissement, le hoquet, la voix rauque et sifflante, la constipation ou l'état opposé, des selles verdâtres, etc., etc., rien de tout cela ne peut fournir des données suffisantes pour faire soupçonner plutôt l'arrivée du muguet que de tout autre exanthème. Quant aux symptômes qui suivent ces premiers malaises, il faudrait n'avoir jamais vu de muguet pour pouvoir les méconnaître aux signes que nous allons indiquer. »

Le muguet serait simple, confluent ou compliqué. « Dans les premiers temps, la membrane qui tapisse la

cavité de la bouche se colore d'un rouge vif; ce qui indique de suite une forte irritation. Lorsque le petit malade se laisse examiner pendant quelques instants, on aperçoit les papilles nerveuses de la langue toutes en érection, et çà et là de petites élévations, qui, d'abord rouges, deviennent ensuite vésiculeuses à leur sommet; ce qu'on reconnaît très distinctement quand on les regarde, à l'œil nu, ou avec la loupe et obliquement. Souvent quand l'inflammation est intense, les vésicules acquièrent très promptement une couleur blanche, opaque. Le lieu de la membrane buccale où elles se montrent primitivement n'est pas fixe; tantôt c'est vers le frein de la langue ou vers la place des dents incisives inférieures qu'on les distingue, et tantôt c'est vers le fond de la bouche. Ketelaer et Arnemann assurent que l'estomac, les intestins et la marge de l'anus en sont souvent affectés avant la bouche. Je ne puis affirmer cette assertion, ni lui opposer le doute; car j'avoue que je n'ai jamais pu la vérifier, et toujours j'ai vu les premiers boutons se manifester dans la bouche. Dans l'espace de cinq ou six heures, la langue, l'intérieur des joues et la commissure des lèvres en sont parsemés. Les amygdales, le gosier, l'œsophage, l'estomac, les intestins, l'anus même s'en trouvent plus ou moins couverts; mais ils sont séparés et distincts. Quelquefois l'enfant souffre si peu, qu'à quelques impatiences près, lorsqu'il prend le sein, on se doute à peine qu'il est malade. On découvre, vingt-quatre heures après que les premiers symptômes se sont déclarés, ou quelques jours plus tard, de petites pellicules blanchâtres dans les évacuations alvines devenues plus liquides et plus copieuses; l'enfant rejette aussi de ces pellicules lorsqu'il peut expectorer. Dans certains cas,

l'éruption disparaît pour toujours; souvent aussi de nouveaux boutons se montrent, se succèdent, s'écaillent et sont remplacés par d'autres. Cela peut avoir lieu un bon nombre de fois et à diverses époques; enfin la crise s'établit d'une manière très irrégulière et peu déterminée par la sortie de petits boutons sur la face, et plus souvent vers les épaules et le cou. Si cet exanthème critique et miliaire cesse trop promptement, celui des muqueuses internes se montre de nouveau.

« Dans le muguet confluent, les boutons sont petits, serrés; la rougeur est plus foncée et celle de l'anus plus grande; une chaleur âpre de la bouche empêche l'enfant d'appliquer ses lèvres sur le sein de sa mère ou de sa nourrice, dont le mamelon s'excorie quelquefois; la déglutition devient très difficile, la voix faible, le visage grippé, l'œil abattu, les déjections immodérées et la prostration des forces très grande. C'est surtout dans cette circonstance que l'éruption, après être tombée en écailles, repullule fréquemment.

« C'est aussi surtout dans le muguet confluent que surviennent diverses complications, telles que l'adynamie, l'ataxie, qui sont souvent la suite d'une continuation d'un mauvais régime, quelquefois qui sont dues à la constitution atmosphérique; ce qui rend cette phlegmasie contagieuse dans ce cas assez rare chez nous, mais plus fréquent dans l'air humide et nébuleux de la Zélande, de la Hollande, de la Flandre, etc. Comme nous l'avons dit plus haut, elle s'est montrée épidémiquement à Wilna en 1815. Ces complications sont aussi trop souvent le résultat tant de fois observé d'un mauvais traitement. »

Période de Lélut, Guersant, Valleix, Trousseau et Delpech. — Les remarquables travaux qui démontrèrent

d'une façon irréfutable que l'angine maligne s'accompagnait de pseudo-membranes et non de gangrène, les recherches des anatomopathologistes qui montrèrent l'analogie de celles-ci avec les concrétions des séreuses et même les concrétions vasculaires appelées polypes du cœur ou des vaisseaux ne pouvaient manquer de susciter des idées nouvelles à propos du muguet. Et en effet c'est ce qui arrive. Lélut, lorsqu'il était encore interne des hôpitaux, entreprit, sur les dépôts blanchâtres de cette affection, des recherches très approfondies, desquelles il semble résulter que le muguet devrait rentrer dans le cadre des affections pseudo-membraneuses qui attiraient en ce moment si fort l'attention générale. Nous allons analyser complètement l'important article qu'il fit paraître sur ce sujet dans les *Archives générales de médecine*, en 1823, parce que les idées qu'on se faisait jusqu'alors de la maladie s'en trouvèrent complètement révolutionnées. Si l'on se méprit sur la valeur des analogies anatomopathologiques avec les concrétions fibrineuses véritables, du moins la confusion avec les aphtes, conservée encore dans le récent mémoire de Double, est définitivement écartée.

Lelut nie formellement que la plaque blanchâtre soit le résultat de petites ulcérations. « Le muguet, tel que je l'ai constamment vu, ne m'a jamais présenté les caractères d'une éruption quelconque, il ne consiste pas davantage en une réunion d'ulcérations. J'ai vu souvent, il est vrai, chez des enfants de quelques semaines, de quelques mois, des ulcérations de la muqueuse buccale se montrer, soit à l'endroit où le frein de chaque lèvre se réunit à la gencive correspondante, soit à la partie antérieure et moyenne de la voûte palatine. J'ai vu de

semblables ulcérations exister dans différents points du pharynx et de l'œsophage. Je les ai disséqués. J'ai trouvé que la plupart du temps elles intéressaient peu la muqueuse proprement dite et n'allaient pas jusqu'à la tunique celluleuse. J'ai vu quelquefois ces ulcérations coexister avec le muguet, dont elles diffèrent autant qu'une excavation d'un relief : mais je les ai vues plus souvent encore chez des enfants qui n'avaient jamais été auparavant et ne furent jamais ensuite atteints de cette maladie. »

Après avoir signalé avec la netteté qu'on vient de voir les pertes de substance d'origine atrepsique sur lesquelles Parrot insistera plus tard, en montrant leur indépendance du muguet, il affirme la nature couenneuse des plaques. « Le muguet, considéré dans sa nature matérielle, est une fausse membrane, qui, chez les nouveaux-nés, siège sur la membrane muqueuse digestive sus-diaphragmatique et sur la membrane muqueuse gastrique, et que je n'ai jamais vu s'étendre au delà de l'estomac dans le reste du tube alimentaire. Le nom ne fait rien à la chose. Dans l'anatomie pathologique du muguet, le fait capital, celui qui, de tous les temps, a dû frapper les bons observateurs, c'est l'addition d'une substance de nouvelle formation à la membrane malade, substance étrangère à son tissu, et qui le quittera sans y laisser d'altération notable, de déperdition de substance ». Rappelant les travaux des anatomopathologistes de l'époque, « Les fausses membranes, dit-il, ne se forment jamais sur une membrane vraie que dans son état inflammatoire marqué par un affluent assez considérable de sang et une augmentation de sensibilité, et nullement distinct des autres états inflammatoires de la même membrane, qui ne donnent pas lieu à cette formation. Le produit sécré-

toire altéré et converti en fausse membrane offre, généralement parlant, et sauf quelques différences qui tiennent problablement à son changement d'état, les mêmes caractères chimiques que le produit normal des membranes sur lesquelles on l'examine, quand celui-ci reste liquide. On a cru reconnaître l'analogie ou l'identité de ces fausses membranes avec le blanc d'œuf, l'albumine coagulée pure, le pus, la couenne du sang, les concrétions polypeuses du cœur et des gros troncs vasculaires........ » Suivant Lélut, on retrouve dans le muguet tout ce qui caractérise les fausses membranes, c'est-à-dire la forme membraneuse, l'analogie avec l'albumine et la couenne du sang, leur origine inflammatoire. Bien qu'il étende beaucoup les limites du mal, comme la plupart de ses contemporains, il en nie formellement l'existence dans les fosses nasales et même le cavum, qu'il désigne sous le nom de voûte du pharynx; et il cite de cette sorte d'antipathie un exemple curieux. « J'ai observé le muguet sur cinq enfants atteints de bec de lièvre avec division ou absence de la voûte palatine, ils sont morts tous les cinq. Pendant la vie et après la mort, je n'ai pas vu dans leurs fosses nasales la moindre trace de muguet. Le muguet ne pénètre point dans les trompes d'Eustache. J'ai fait à cet égard des recherches directes ». Il nie aussi l'envahissement de l'arbre respiratoire. « J'en ai vu trois ou quatre fois de très petits points au bord libre de l'épiglotte et au pourtour de la glotte, aux ouvertures des ventricules latéraux, seuls endroits de la muqueuse pulmonaire où l'on trouve l'épithélium. Ils étaient situés sous cette membranule, et adhérents à la membrane sous-jacente. »

La teinte varierait suivant les périodes du mal. « La

couleur de la fausse membrane dans le muguet n'est pas toujours la même. Elle peut être blanche, plus ou moins jaune, d'un brun tirant plus ou moins sur le noir. Elle commence toujours par être blanche, le plus souvent reste telle jusqu'à la guérison ou la mort, et sur le cadavre on lui trouve encore le même caractère » ; les vomissements, le sang épanché seraient les causes de ces modifications dans la teinte primitive, même quand la fausse membrane paraît non fétide. Il n'y aurait pas gangrène des parois bucco-pharyngées, ainsi que Lelut l'affirme d'après des dissections attentives.

Le dépôt fibrineux se ferait toujours au-dessous de l'épithélium. « Si, au lieu d'attendre que les points discrets ou que la bande pseudomembraneuse se détachent d'eux-mêmes, on les enlève avec la pointe d'une épingle, on suit de la manière la plus évidente, que ces points, que cette bande sont constitués par un soulèvement de l'épithélium labial ; que ce soulèvement n'est pas dû à un amas de liquide, mais au dépôt sous la cuticule d'une matière albumineuse intimement confondue avec elle, et qui, dans bien des cas, peut-être, n'est autre chose que l'épithélium ou le corps muqueux dans sa face postérieure ramolli et dégénéré. » Après avoir entrevu les lésions épithéliales si prononcées parfois que détermine la présence de l'oïdium albicans et dont la cause lui échappe, Lélut cite des observations, qui, suivant lui, « viennent appuyer ce résultat, qui place le siège primitif du muguet labial, qu'il a surtout étudié au point de vue anatomique, au-dessous de la cuticule de ces parties, « ou dans cette cuticule elle-même transformée. » Il rappelle que Guersant avait constaté quelque chose de semblable chez les jeunes filles à la face interne des nymphes. Il avoue

pour le reste de la cavité bucco-pharyngée n'avoir pu reconnaître si le siège primitif de l'affection était sus ou sous-épithélial, sauf à la face interne des joues où s'il en était comme sur les lèvres. « Dans tout le reste de l'étendue de la voûte buccale, excepté à la voûte palatine, la membrane était tellement adhérente, qu'il m'était impossible de la détacher sans faire saigner la membrane sous-jacente ». Il pense avoir pu constater que, sur les vieilles plaques les plus épaisses, l'épithélium a complètement disparu. Cependant parfois, sur des cadavres provenant du service de Rullier à Bicêtre, il a cru voir des lambeaux d'épithélium recouvrir en certains points les fausses membranes qu'il avait arrachées de la muqueuse et qu'il examinait sous l'eau avec un fort grossissement à la loupe. Suivant Lélut, on a accusé Auvity mais sans preuve aucune, d'avoir admis que le mal siégeait dans les follicules muqueux ; car jamais la fausse membrane n'envoie de prolongements dans les lacunes glandulaires, et l'examen avec des grossissements raffinés démontre qu'il ne s'agit point du tout d'un amas de follicules muqueux hypertrophiés. D'ailleurs, l'inflammation, qui est la condition indispensable de la formation des fausses membranes, ne manquerait pas dans le muguet. « J'ai constamment vu, lorsque j'ai été à même d'observer l'invasion du mal, la formation de la fausse membrane dans la bouche précédée d'un état de rougeur, de turgescence, de sécheresse, de chaleur très manifeste de la muqueuse buccale, accompagné ou suivi très souvent de difficulté dans la déglutition, de chaleur, de sensibilité abdominale, de vomissements, de diarrhée, de tous les signes, en un mot, que l'on croit propres aux inflammations de la membrane muqueuse digestive ; à l'ouverture

des cadavres, j'ai presque toujours trouvé, surtout dans la forme couenneuse du muguet, des traces anatomiques d'inflammation de la muqueuse sous-jacente, une rougeur souvent violacée, un très grand développement d'arborescences vasculaires... Mais je n'ai jamais trouvé sous la fausse membrane, quelques moyens que j'aie employés à cette recherche, des traces d'éruptions, d'ulcération ou de gangrène de la muqueuse, ainsi que je l'ai déjà dit. »

Bien que souvent mentionné par les contemporains, le chapitre que Billard a consacré au muguet dans son *Traité des maladies des enfants* est loin de valoir l'article de Lélut. Ainsi, il nie la contagion affirmée par Dugès, Gardien, Double, etc., et déclare n'avoir jamais vu le mal se transmettre d'un enfant à un autre. Il rejette aussi l'influence pathogénique des fortes chaleurs, bien qu'il résulte de ses propres relevés statistiques qu'en été le mal est trois fois plus fréquent à population égale qu'en hiver. Non seulement il partage les idées erronées de ses prédécesseurs sur l'extension du mal, mais il consacre des chapitres spéciaux au muguet de l'estomac et au muguet de l'intestin. Reconnaissons cependant que sa description des plaques blanchâtres de cette affection sur les lèvres, la langue, le palais, le pharynx est faite avec beaucoup de soin. Il croit qu'il s'agit de mucus coagulé à siège sous-épithélial et provenant des follicules muqueux malades.

Tout autre est l'importance du travail de Valleix (*Clinique des enfants nouveau-nés*), bien qu'il se soit trompé sur la nature même du syndrome qu'il dépeignit pour la première fois. Il reconnaît nettement, avant Parrot, que les nourrissons pouvaient être atteints de troubles très graves, dont l'ensemble cons-

titue actuellement l'atrepsie et en donne une excellente étude. Malheureusement trompé par l'extension à tout le tube digestif, attribuée au muguet, pensant avec Lélut que cette affection rentrait dans la classe des affections pseudomembraneuses, dont les terribles ravages du croup avaient montré la gravité (la doctrine de la diphtérie, maladie spécifique, n'avait pas encore été tout à fait édifiée par Trousseau), Valleix fit du syndrome qu'il avait entrevu une gastro-entérite spéciale, ayant des lésions pseudomembraneuses bien caractérisées à la surface des différentes muqueuses digestives et à laquelle il conserva le nom de muguet. Voici comment se produisit l'éclosion progressive de cette conception, qui n'aurait peut-être pas eu lieu, si Valleix avait connu le muguet clairement secondaire de l'adulte, que Blache devait étudier d'abord chez les phtisiques.

« A peine eus-je fait quelques pas dans l'analyse des observations que j'avais recueillies ainsi, que je reconnus un fait qui, si je ne me trompe, doit jeter une grande lumière sur la nosographie des nouveau-nés, et modifier considérablement les idées émises même dans les traités les plus récents. Il m'a été démontré que le muguet n'était point une simple affection de la bouche, une *stomatite avec altération de la sécrétion*, comme le dit Billard, mais une maladie dont le siège est beaucoup plus étendu dans le tube digestif, et dans laquelle on voit survenir un grand nombre de lésions secondaires. J'ai reconnu alors que, dans les traités des maladies des nouveau-nés, on avait fait un très grand nombre de maladies diverses, en décomposant cette seule affection, et que trouvant fréquemment des inflammations de l'œsophage, de l'estomac, des intestins, etc., on en avait fait autant

d'affections diverses, quoiqu'elles ne fussent, en réalité, que des lésions primitives ou secondaires d'une même maladie. Il ne faut qu'ouvrir les ouvrages des auteurs les plus accrédités, pour être convaincu de cette vérité. » Ce qui contribua à entretenir Valleix dans son erreur, c'est que les enfants qu'il observa paraissaient tous bien portants et même vigoureux, avant de contracter le muguet. S'agissait-il de ces épidémies d'entérite d'apparence contagieuse, à allure suraiguë et qui foudroient rapidement les organismes les plus robustes ? C'est probable étant donné l'état déplorable des conditions hygiéniques à l'hôpital des enfants trouvés. Il ne faut pas oublier, au point de vue qui nous occupe, que Valleix resta peu de temps dans cet hospice. S'il y avait pratiqué longtemps, il aurait bientôt changé d'opinion. Il s'exprime ainsi sur les petits atrepsiques qui font l'objet de son travail.

« L'âge des enfants, dont les observations ont servi de base à cet article, ne s'élevait pas à un mois lorsqu'ils furent atteints de muguet ; la maladie d'aucun deux ne se prolongea jusqu'à la fin du second mois ; ils avaient tous passé quelques jours à la crèche ou à l'infirmerie, lorsque les premiers symptômes se manifestèrent ; ils avaient donc été soumis au même régime et aux mêmes conditions hygiéniques de l'hospice des enfants trouvés. Ils étaient tous forts et vigoureux, leur taille était, terme moyen, d'un pied six pouces cinq lignes et demi. La plupart d'entre eux (vingt) entrèrent à l'infirmerie pour des pustules ou un pemphigus peu considérable ; des deux derniers l'un avait été envoyé pour un érythème des fesses, et l'autre pour un vice de conformation qui n'était autre chose qu'un spinabifida guéri ».

L'auteur, comme Billard, ne croit pas à la contagion.

Il n'ose se prononcer sur les influences météorologiques bien que ses relevés statistiques soient, comme il le reconnaît, en faveur des mois les plus chauds. Ainsi que Lélut, il admet que les dépôts blanchâtres ne sont autre chose qu'une couenne fibrineuse ; mais il ne se borne pas à cette assimilation toute naturelle, étant donné l'époque où il écrivait. Il étudie les lésions anatomiques de la cavité bucco-pharyngée, de l'estomac, de l'intestin, sur le cadavre, avec beaucoup d'attention. On peut retrouver dans son travail des altérations fort rares, notamment des cas qui paraissent bien authentiques de muguet du gros intestin. Valleix entrevoit toute l'importance de l'érythème des fesses, qui est un signe très net d'atrepsie, ainsi qu'on le sait maintenant. « Dix-sept fois sur vingt-trois (le nombre des malades qu'il a observés), un érythème plus ou moins étendu des fesses et de la partie postérieure des cuisses marquait le début de l'affection, et précédait de six jours et demi, terme moyen, l'apparition de la fausse membrane sur la bouche. Dans les autres cas, l'érythème se montra aussi, mais un peu plus tard. Il persista pendant la durée de la maladie. »

Valleix a insisté beaucoup sur les ulcérations qui se produisaient au cours du muguet. Dans le plus grand nombre de ses observations, il nota, au cours de celui-ci, des ulcérations aux malléoles et aux talons. Elles apparaissaient, soit après quelques jours de diarrhée, soit en même temps. Il est bien forcé de reconnaître que, dans d'autres maladies, des faits semblables s'observent, mais, dit-il, ils sont loin d'être aussi fréquents. Comme l'érythème des fesses, et, ainsi que lui, un des phénomènes atrepsiques, les ulcérations bucco-pharyn-

gées sont décrites d'une façon très fidèle. Rappelons à ce propos que Lélut avait déjà affirmé qu'il s'agit de complications et non de lésions propres au muguet. « Une lésion bien digne de remarque se rencontre fréquemment à la voûte palatine. C'était une ulcération ou plutôt un ramollissement ulcéreux de la muqueuse, et dans plusieurs cas de la membrane fibreuse qui se présentait dix fois sur les vingt-deux cas et qui occupait le plus souvent la partie antérieure de la voûte palatine. L'ulcération était unique dans neuf des dix cas et elle était située sur la ligne médiane. C'est ordinairement à la partie antérieure et un peu en arrière des gencives qu'on trouvait cette ulcération. » Dans deux cas, Valleix note « qu'elle existait en arrière et touchait presque, par son extrémité postérieure, au point d'insertion du voile du palais ». Ce sont les plaques ptérygoïdiennes de Parrot.

Peu après Valleix, dont il s'inspire fréquemment, ainsi que de Lélut et de Billard, Guersant faisait paraître, dans le *Dictionnaire de médecine* en trente volumes, un article sur le muguet, qui, bien qu'il ne fût point très original, rendit les plus grands services ; car il constituait une excellente mise à point de la question. D'ailleurs, Guersant fut encore utile à un autre point de vue. Il s'opposa très nettement à la conception beaucoup trop large que Valleix se faisait du muguet, éclairé qu'il était par ses propres recherches et celles de Blache chez les phtisiques. Faisant justice des opinions erronées de beaucoup de ses prédécesseurs, il s'exprime ainsi : « Nous ne nous arrêterons pas à l'opinion ancienne et manifestement erronée des auteurs qui attribuent le développement du muguet au séjour d'un peu de lait dans la bouche de

l'enfant endormi (*Théorie des aigres*). Nous avons prouvé, par l'examen des lésions anatomiques, que cette maladie n'était, ni une éruption analogue aux aphtes proprement dits, ni une réunion d'ulcérations, ni un état gangreneux de la membrane muqueuse digestive sus-diaphragmatique, ni une altération des follicules de la bouche, mais bien une fausse membrane. Le muguet est le résultat d'une inflammation superficielle de la muqueuse du tube digestif, et l'exsudation particulière qui la caractérise n'en est que l'effet. C'est une phlegmasie avec altération de sécrétion, soit que l'exsudation doive être considérée, ainsi que le pense Billard, comme du mucus concrété, soit qu'il y ait production de matière de formation nouvelle (*Hypothèse de Lélut ou de la couenne fibrineuse*). D'après Valleix, le muguet ne serait qu'une entérite avec des caractères particuliers. Selon lui, ce sont les symptômes généraux, la fièvre, l'érythème des fesses, la diarrhée, qui précèdent les phénomènes locaux, la rougeur de la bouche et la sécrétion de la fausse membrane ; il étaye surtout son opinion sur un cas de muguet bien caractérisé, quoiqu'il n'y ait eu pendant la vie aucune altération de la bouche. Le muguet serait donc, à son sens, une maladie générale, non pas seulement du tube digestif, mais encore d'autres appareils, puisqu'il voit une liaison intime entre l'érythème des fesses et la maladie de la bouche ; les auteurs du *Traité des maladies des nouveau-nés*, auraient eu le tort, suivant lui, de faire un très grand nombre de maladies en morcelant une seule et unique affection. Cette manière de voir ne nous semble pas exacte, et résulte d'une observation faite exclusivement dans les hôpitaux, où les maladies se montrent,

chez les enfants, rarement isolées et le plus souvent à l'état complexe. L'érythème des fesses, auquel il attache une importance capitale, se rencontre très fréquemment chez les enfants sans aucune apparence de muguet, et n'est pas plus fréquent chez ceux qui en sont atteints que chez d'autres. Il est ordinairement provoqué par le séjour prolongé au lit, et le contact de l'urine et des matières fécales. La pratique de la ville montre d'une manière irréfragable que le muguet est le plus souvent une affection purement locale[1], et, nous le répétons, une phlegmasie spécifique du tube digestif avec altération de sécrétion ». Même chez le nouveau-né, il ne serait pas vrai, comme le croit Valleix, que le mal frappe des sujets qui, auparavant, étaient véritablement bien portants. « Son erreur nous semble provenir de ce que, dans la grande majorité des cas, il fait commencer la maladie trop tôt, regardant comme le début même de l'affection le dévoiement et l'affaiblissement, qui souvent, au contraire, existent très longtemps auparavant. » D'ailleurs, on aurait tort de croire, comme l'ont fait beaucoup, que le muguet est une maladie spéciale aux nouveau-nés. « Il est nécessaire de rapprocher du muguet des jeunes enfants le muguet des enfants plus âgés et des adultes, qui complique quelquefois la scarlatine et qu'on rencontre souvent chez les phtisiques de tous les âges (*Thèse de Blache*) et dans la dernière période de différentes maladies aiguës ou chroniques. Quand cette éruption consécutive survient, n'importe à quel âge, à une époque avancée d'une maladie grave, on doit la regarder comme un signe très

1. En effet, le muguet bénin y est plus fréquent qu'à l'hôpital.

fâcheux; elle annonce presque toujours une mort prochaine. »

Chose surprenante pour un observateur si distingué, il admet que le mal se rencontre surtout l'hiver. « La saison et la température ne paraissent pas influer d'une façon très marquée sur la production et le développement du muguet. On l'observe à peu près avec une égale intensité à toutes les périodes de l'année. Pour nous, nous croyons avoir observé qu'il est un peu plus fréquent pendant l'hiver et pendant les temps humides, lorsque les affections catarrhales se développent plus ordinairement. » Bien que Guersant rejette, comme Billard et Valleix, l'idée que le mal soit contagieux, il accepte l'existence des épidémies de muguet. « On peut juger de l'influence fâcheuse de l'agglomération des nouveaux-nés dans un même lieu par sa fréquence à l'hôpital des enfants trouvés, où le quart environ des enfants envoyés dans les infirmeries en sont atteints. » L'irritation mécanique de la cavité buccale aurait un certain rôle par la congestion qu'elle détermine ; il en résulterait un muguet de cause purement locale, non lié à un mauvais état général. « Il survient chez ceux qui sont allaités artificiellement, ou trop tôt, ou au moyen de biberons trop durs, et chez ceux qui ont beaucoup de peine à prendre le sein, soit parce que le mamelon n'est pas assez développé et que l'enfant s'épuise en succions inutiles, soit parce qu'il est très gonflé et crevassé, soit enfin parce qu'il est recouvert de bouts de sein en liège, en peau ou en caoutchouc. » Guersant donne à cette variété le nom de sporadique, plus tard, on l'appellera idiopathique. Ce n'est pas autre chose, en somme, que ces formes légères que signalent déjà les auteurs

du XVIIIe siècle. Son existence soulèvera un peu plus tard les discussions les plus vives. L'auteur remarque que la confluence des taches du muguet n'est pas en rapport avec la gravité du cas. Il n'y aurait aucunement proportionalité. Le pronostic dépendrait surtout des complications intestinales et parfois pulmonaires. « Si la maladie est compliquée, elle marche souvent très rapidement et se termine d'une manière funeste dans l'espace de cinq à six jours et quelquefois moins. Le muguet des hôpitaux consacrés aux nouveaux-nés est une maladie extrêmement grave, puisque sur 169 cas observés dans les salles de Baron, il y eut 131 morts. Lorsque, au contraire, le muguet n'est pas compliqué, qu'il ne s'étend point dans le canal intestinal et qu'il est seulement circonscrit à la bouche, c'est une maladie légère et purement locale. » Cependant, même dans ces cas, il y aurait lieu à se défier ; car l'affection pourrait revêtir parfois une marche presque chronique, par suite de récidives répétées se succédant à bref intervalle.

Trousseau et Delpech, dans un travail paru quelques années après l'article de Guersant, confirmèrent la plupart des idées émises par cet auteur. Cependant, ils limitent beaucoup plus qu'on ne l'avait fait précédemment le domaine du muguet. Non seulement ils rappellent, après Lélut, que les voies respiratoires (nez, larynx, bronches, poumons) sont respectées, mais ils contestent l'envahissement de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif. « Valleix, Lediberder, Billard ont signalé l'existence du muguet dans toute l'étendue du canal intestinal et jusqu'à l'anus. Les faits à l'appui, rapportés par ces observateurs, ne nous ont pas semblé assez évidents pour que nous ne conservions pas quelques doutes,

non sur leur authenticité, mais sur le jugement qu'il faut en porter; que si l'existence des fausses membranes n'a pas paru suffisamment constatée sur la muqueuse intestinale, ce n'est pas à dire que cette membrane soit exempte d'altérations dans le muguet. Loin de là, dans presque toutes, nous dirons même dans toutes les autopsies d'enfants affectés de muguet que l'on a occasion de faire, l'entérite se manifeste sous toutes les formes. De là l'erreur où sont souvent tombés des auteurs recommandables, qui ont admis entre le muguet et l'entérite, une liaison nécessaire et indissoluble. » Après avoir rappelé la théorie de Valleix, qui fait de cette dernière le premier stade de la maladie dont le muguet serait le point culminant, Trousseau et Delpech rejettent, comme Guersant, cette façon de voir. « Nous ne pouvons nous ranger à cette opinion. Si, le plus souvent, dans les hôpitaux, on rencontre le muguet lié à des affections intestinales, on le voit fréquemment aussi apparaître en dehors de ces circonstances. De là, deux formes de muguet : le muguet idiopathique, qui se manifeste sous l'influence de causes locales, ou qui se localise dans leur expression, et le muguet symptomatique qui est le résultat d'une altération profonde de l'organisme. » Comme Guersant, ils insistent sur le muguet de l'adulte.

« Disons en passant que nous avons vu assez fréquemment le muguet apparaître, soit à la bouche, soit à la vulve, chez les adultes affectés de phtisie ou de fièvre puerpérale; ces faits qui sont, nous le croyons, généralement admis aujourd'hui, ne permettent pas de considérer le muguet comme univoque, mais s'expliquent par les résultats fort divergents qu'amènent des conditions biologiques toutes différentes, telles que l'acidité ou l'alca-

linité de la bouche, le plus ou moins d'activité vitale du parasite.

Seux, qui semble avoir vu des cas nombreux où ces diverses circonstances n'étaient pas très favorables, en a déduit, avec un peu trop de hâte, que le muguet n'était point transmissible. D'ailleurs, des auteurs tels que Guersant, Blache, Billard, Valleix, avaient nié la contagiosité du mal; en présence de l'obscurité apparente des faits, il était donc permis d'avoir des doutes. Après un rapide historique de la question, il conclut ainsi : « Il ne peut y avoir que deux espèces de contagion; ou bien une maladie se communique au moyen de l'air ambiant, c'est l'infection miasmatique, ou bien, par le contact direct, c'est la contagion immédiate, la véritable contagion..... Rien ne prouve que le muguet se propage au moyen de la première voie. Il est constamment entretenu dans les salles d'hôpital, parce qu'il existe des causes permanentes d'insalubrité. La réunion d'un grand nombre d'individus dans un même lieu suffit pour le faire naître en modifiant leur organisation; mais, si un de ces individus atteints de muguet est transporté dans un lieu salubre, à côté d'enfants de son âge, sa présence ne fait pas naître le muguet chez ses petits voisins. Les médecins de ces localités n'ont jamais vu le muguet qu'à l'état sporadique. Les médecins inspecteurs des enfants trouvés dans trente-trois cantons, ont répondu à mes demandes que jamais ils n'avaient vu le muguet se propager lorsqu'un enfant leur arrivait atteint de la maladie. Or, si cette affection se propageait en faisant de chaque individu un véritable foyer d'infection, elle se communiquerait dans les circonstances que je viens d'indiquer. Le muguet ne se propage donc pas par infection miasmatique.

« Se communique-t-il par le contact direct? La preuve la plus évidente de cette communication du muguet serait la transmission de la maladie de l'enfant à la nourrice. Des médecins, dignes de la plus grande confiance, disent avoir été témoins de ce fait. M. Bretonneau a vu plusieurs fois le mamelon de la nourrice recouvert d'une exsudation semblable à celle de la bouche de l'enfant. MM. Barrier et Billard regardent l'affection qui nous occupe comme exclusivement propre à l'enfance, quoiqu'elle y soit, il est vrai, infiniment plus commune. » La nature fibrineuse des dépôts blanchâtres du muguet ne ferait pas de doute. L'auteur rejette donc l'idée d'une concrétion du mucus buccal plus ou moins altéré dans sa composition (Auvity, Billard). Il n'admet pas davantage l'hypothèse d'une dégénérescence épidermique que Barrier avait soutenue avec talent et que les recherches microscopiques devaient confirmer; car, dit-il, cet auteur admet que le muguet peut exister dans l'estomac; or, les anatomistes n'ont pas encore démontré l'existence d'un épithélium dans cette cavité. En définitive, « sous l'influence de l'inflammation, le sérum du sang se comporte exactement comme dans les phlegmasies séreuses. Exilé hors des vaisseaux, il se divise en parties liquides qui s'écoulent en dehors, en parties solides qui se concrètent sur la muqueuse. »

Malgré sa date un peu tardive, l'excellent travail de Seux présente tous les caractères de ceux que nous venons d'analyser, c'est-à-dire qu'il vaut surtout par la clinique et non par les investigations de laboratoire; s'il n'a point su utiliser les ressources qui lui étaient apportées, dès cette époque, par le microscope, il a du moins complété très heureusement l'étude nosographique pro-

prement dite de l'affection. C'est pourquoi ses successeurs, et même les pathologistes les plus récents, le citent et lui font des emprunts fréquents. Parlant des conditions qui favorisent le développement du muguet et des opinions divergentes émises par Valleix d'un côté, et de l'autre par Billard, Guersant, Blache, Trousseau et Delpech, il s'efforce de démontrer que les mauvais états généraux n'ont pas l'influence primordiale qu'on leur a prêtée. Il va même jusqu'à dire : « Je ne crois pas que la constitution prédispose au muguet, car j'ai vu, parmi les enfants atteints, des sujets de toute complexion ; ainsi sur 402 muguets, 201 enfants étaient robustes, 140 de force moyenne et 61 faibles. Ce résultat corrobore l'opinion de Valleix. A mon avis, il ne prouve qu'une chose, c'est que les enfants faibles ne sont pas plus sujets au muguet que les autres et que la constitution n'y est pour rien. » Sur la contagion, il émet aussi une opinion qui cadre peu avec nos doctrines actuelles. « Bouchot et Berger ont cité des cas de transmission du muguet de l'enfant à la nourrice, et M. Empis a constaté également le même fait. Berg a constaté, à l'aide du microscope, la nature végétale du produit transmis par un enfant atteint de muguet au mamelon de sa nourrice (*Ch. Robin*, p. 510). » Comme on le voit, la nature parasitaire du mal fait faire cependant quelques réserves à Seux qui ne se montre véritablement intransigeant que pour la transmission au moyen de l'air. Il rejette par exemple complètement l'influence irritante nocive du biberon, qui avait été incriminée par plusieurs de ses prédécesseurs, notamment par Rilliet et Barthez. Le fait est cependant indiscutable, mais dû surtout à la fermentation acide des

biberons à long tube et non à l'action mécanique de la tétine.

A propos des causes du muguet, rappelons que Rilliet et Barthez s'expriment ainsi : « Dans les cas que nous avons observés en ville, le muguet sporadique bénin s'est développé chez des enfants appartenant à des femmes primipares, dont les bouts de seins étaient peu formés, et nous avons cru pouvoir attribuer l'éruption buccale à ce que les enfants étaient obligés d'exercer souvent à faux une succion très fatigante. »

« Je ne crois pas, dit Seux, à cette cause locale du muguet. Dans les cas de Rilliet et Barthez, le muguet s'est développé sous l'influence d'une alimentation insuffisante, à cause de la mauvaise conformation des bouts de sein, qui ne laissaient pas arriver assez de lait dans la bouche de l'enfant. Il y a là une action générale positive, mais l'effet local est insignifiant pour déterminer à lui seul une maladie. Il en est de même pour les nouveaux-nés qu'on nourrit au biberon ; l'enfant ne reçoit pas une alimentation convenable, et il tombe malade ; mais l'instrument, dont l'action pour la bouche est tout aussi douce que celle du sein de sa mère, ne peut être pour rien dans ce résultat. »

Les conditions saisonnières avaient été l'occasion d'opinions contradictoires parmi les auteurs qui ont précédé Seux. Guersant et Blache tenaient pour l'hiver, Rilliet, Bouchut pour l'été, Valleix penchait pour les mois les plus chauds de l'année, mais n'osait se prononcer faute de documents suffisants. Voici comment Seux s'exprime sur ce sujet.

« Généralement on n'a point attaché d'importance à l'influence des saisons et des climats sur le développement du muguet. Blache et Guersant se contentent de

dire qu'ils croient l'avoir observé plus fréquemment pendant l'hiver et les temps humides. Baron dit avoir vu régner cette maladie avec plus ou moins d'intensité sans en avoir pu déterminer la cause et l'attribuer à la température. Billard écrit même dans son *Traité des maladies des enfants*, qu'on ne pouvait assigner dans l'année une époque particulière au muguet ; pourtant d'après des relevés statistiques, il est évident que cette maladie est plus commune pendant l'été. Valleix est porté à croire que le muguet est beaucoup plus fréquent dans les mois les plus chauds. L'étude prouve, de la manière la plus évidente, l'influence exercée par les saisons sur la production du muguet. Il en ressort que la chaleur humide facilite son développement.

« Non seulement les saisons influent sur le nombre des cas de muguet, mais encore sur l'intensité ; ainsi, de même que pendant les temps chauds et humides les cas se multipliaient, de même aussi ils s'accompagnaient de phénomènes plus graves.

« Quant à l'influence du climat, elle n'a guère été signalée que par Van Swieten, qui s'en tient, à ce sujet, au dire de quelques médecins voyageurs, qui, parcourant le nord après avoir pratiqué dans les pays chauds, semblaient trouver dans le muguet une affection toute nouvelle pour eux.

« Mes observations me donnent une opinion diamétralement opposée.

« Valleix fait remarquer, dans sa *Clinique des maladies des nouveau-nés*, que le quart environ des enfants envoyés dans les infirmeries est atteint de muguet. C'est à peu près la proportion donnée par Billard. Dans un tableau, nous voyons une énorme différence dans les cas

de muguet. Tandis que dans le Nord, à Paris, on voit 23,50 sur 100 des enfants atteints de cette maladie, dans le Midi, à Marseille, on en voit 73,50 %.

« De tels tableaux prouvent non seulement l'influence des saisons et de la chaleur sur le développement du muguet, mais démontrent aussi celle qu'exerce le climat.

« Il résulte donc de ce qui précède que les saisons et le climat exercent une influence positive sur le développement du muguet, et que cette affection est beaucoup plus fréquente durant les mois les plus chauds que pendant les saisons froides, et dans le Midi que dans le Nord.

« Quoique les cas de muguet soient plus nombreux dans certains moments que dans d'autres, on ne peut pourtant pas dire qu'il règne jamais sous la forme d'une épidémie proprement dite; car, s'il en était ainsi, on verrait prendre à la maladie ce caractère dans la pratique privée; or, en dehors de l'hôpital, je l'ai toujours vue à l'état sporadique. »

Seux a fait un grand nombre d'autopsies, qui lui ont permis d'affirmer l'existence du muguet gastrique, du muguet intestinal; mais, faute d'examens microscopiques ses affirmations ne rencontrèrent que peu d'écho. Il fut plus heureux pour la symptomatologie, dont il donna une description très soignée, que nous croyons devoir mentionner ici :

« Mes observations m'ont démontré que dans le muguet, tantôt l'intestin ne présentait aucun signe de maladie, que tantôt, au contraire, il y avait tous les symptômes d'une entérite.

« De là deux variétés de muguet, muguet sans entérite et muguet avec entérite.

« Sur 402 enfants dont j'ai recueilli l'histoire, 305 m'ont

présenté la première variété, et 97 la seconde. La première ayant été de beaucoup la plus fréquente, je vais commencer par elle.

« *1re variété.* — Dans cette variété j'ai reconnu deux formes.

« *1re forme.* — La maladie se manifestait par une rougeur érythémateuse qui siégeait le plus souvent au bout de la langue, et quelquefois aussi sur les joues et le palais. Cette rougeur de la bouche était un signe certain de l'invasion du muguet. Au bout d'un temps qui variait de quelques heures à quelques jours, apparaissaient sur le bout de la langue un plus ou moins grand nombre de points blancs très déliés, ayant une grande ressemblance avec de petits fragments de caséum, sauf cette différence que, lorsque l'on cherchait à les enlever, on ne pouvait y parvenir, vu leur adhérence à la membrane muqueuse. Quelquefois le muguet restait borné à la langue ; alors la maladie se terminait au bout de quelques jours ; 23 enfants ont été dans ce cas. Ordinairement de nouveaux points paraissent sur les gencives, le palais, les joues et les lèvres. Sur le palais, le muguet avait souvent l'aspect d'un nuage peu épais ; en même temps, d'après l'ordre dans lequel ils étaient venus, les grains s'agrandissaient, prenaient l'aspect de grains de semoule, puis s'élargissaient et devenaient lenticulaires au point de former de petites plaques blanches plus ou moins éloignées les unes des autres, qui faisaient contraste avec le fond rouge sur lequel elles étaient placées. A mesure que la maladie marchait on voyait le plus ordinairement, du côté des joues, une plaque blanche d'un à deux centimètres qui, au bout de quelques jours, prenait une teinte légèrement jaune. Quelquefois aussi les lèvres présentaient une

bordure blanche qui s'étendait uniformément en membrane jusqu'à la peau ; il n'est pas nécessaire de faire remarquer que le nombre des grains et des plaques était très variable. Si la maladie ne s'étendait pas davantage, l'enfant continuait à téter, bien que quelquefois, surtout quand les lèvres étaient envahies par le muguet, ce ne fût pas sans peine ; l'estomac et les intestins remplissaient leurs fonctions habituelles, les selles restaient naturelles ; l'enfant n'avait ni chaleur à la peau, ni mouvement fébrile ; il dormait comme de coutume sans cris anormaux. Au bout de quelques jours, les grains et les plaques se détachaient dans l'ordre où ils s'étaient formés ; alors la muqueuse était rouge, mais non excoriée ; l'enfant, pour un jour ou deux, avait plus de peine à téter ; sa bouche était sensible au point qu'il refusait le sein en criant. C'était ordinairement à cette période que souvent la marge de l'anus, les fesses et les cuisses étaient atteintes d'érythème ; quelquefois la bouche était dépouillée ; on voyait de nouveaux grains se former, puis la bouche reprenait sa couleur. Telle est la forme la plus légère de la maladie ; en effet, 286 de mes petits malades me l'ont présentée, et tous ont guéri, à l'exception d'un seul qui a succombé à une hépatite.

« Lorsque la maladie se terminait sans érythème, sa durée était de 3 à 15 jours ; avec érythème elle durait, à partir de l'apparition de la rougeur jusqu'à la disparition de l'érythème, de 10 à 25 jours et plus.

« 2e *forme*. — Quelquefois les petites plaques blanches du muguet s'étendaient de plus en plus, s'épaississaient, se rapprochaient et bientôt se touchaient au point de ne former qu'une seule membrane qui recouvrait toute la cavité buccale. Dans ces cas, la langue était enveloppée

dans un étui membraniforme; quelquefois le mal laissait libres le frein de la langue, la luette, quelques points des lèvres. En même temps que le muguet prenait ce degré d'intensité, l'enfant avait d'abord beaucoup de peine à prendre le sein, puis toute succion devenait impossible; mais la déglutition des liquides introduits dans la bouche se faisant encore avec assez de facilité. Le pouls s'élevait, devenait fréquent, l'érythème se montrait quelquefois sur les fesses et les cuisses. La bouche se dépouillait peu à peu par parties. Généralement une seconde, puis une troisième éruption du muguet avait lieu à un intervalle de quelques jours, mais moins intenses que la première. A cette période l'enfant prenait le sein et d'autant plus facilement que la bouche perdait de sa rougeur. Le pouls revenait normal, la bouche reprenait sa couleur; en un mot la maladie se terminait par le retour à la santé, sans que les voies digestives eussent présenté le moindre trouble, sauf quelques vomissements sans importance.

« 19 nouveau-nés m'ont présenté cette forme; l'affection a eu aussi chez eux, comme pour la première, une durée de 20 à 25 jours et plus, lorsqu'il y avait érythème, et de 10 à 15 jours lorqu'il n'y en avait pas.

« J'ai eu une fois l'occasion de voir le muguet, confluent, sans entérite se terminer par la mort. Dans ce cas, le muguet, au lieu de rester borné à la bouche, s'étend au pharynx par l'œsophage; le malade ne peut avaler, maigrit, pâlit, le pouls s'accélère, puis s'efface et la mort a lieu à 8 ou 10 jours de la maladie. L'enfant périt parce qu'il devient impossible de l'alimenter.

« 2e *variété*. — Le muguet qui était accompagné de phénomènes gastro-intestinaux ne débutait pas toujours

de la même manière ; tantôt ces phénomènes ne se montraient qu'après l'apparition du muguet, tantôt ils se développaient en même temps que lui, tantôt ils paraissaient avant; 55 enfants se sont trouvés dans la 1re catégorie, 23 dans la seconde, 19 dans la troisième, d'où trois formes dans cette deuxième variété :

« *Première forme.* — La maladie commençait comme dans la première variété, c'est-à-dire que les prémiers symptômes consistaient dans l'apparition du muguet. Au bout de 1 à 10 jours survenaient les phénomènes intestinaux. Alors l'affection suivait différentes marches :

« 1° Le muguet restait discret, et sauf le dévoiement, un peu de tension du ventre, un pouls plus fréquent, quelques cris plaintifs, un peu d'altération dans la physionomie, en un mot les symptômes d'une entérite légère, la maladie marchait comme dans la première forme de la première variété, et se terminait heureusement au bout de 10 à 25 jours, après avoir été accompagnée d'érythème aux fesses, tantôt sans l'avoir été. Chez 27 enfants, la maladie a suivi cette marche, sur ce nombre 18 ont eu l'érythème. Je dois observer qu'un de ces enfants a succombé à la suite d'une gangrène des oreilles.

« 2° Le muguet restait discret comme dans les cas que je viens d'indiquer, mais l'entérite prenait un caractère grave, soit qu'elle marchât avec rapidité ou qu'elle se prolongeât un certain nombre de jours. Alors le muguet se détachait assez rapidement, au point que, même plusieurs jours avant la terminaison de la maladie, on n'en trouvait plus de traces. Mais les vomissements plus ou moins fréquents se joignaient au dévoiement, le ventre gonflait, devenait douloureux ; souvent, quoique la bouche fût libre, l'enfant refusait le sein, puis le reprenait pour

un jour ou deux. Alors le pouls s'accélérait, la physionomie s'altérait, vers la fin de la maladie la diarrhée cessait, mais l'enfant ne tétait plus, avalait avec peine; ses cris cessaient ou sa voix était tout à fait éteinte; le pouls devenait petit, la peau se refroidissait et le malade succombait.

« Chez trois enfants la maladie a suivi cette marche; elle a duré chez l'un sept jours, chez l'autre neuf, chez le troisième dix-sept. Chez aucun d'eux, il n'y a eu érythème.

« J'ai vu l'affection se prolonger jusqu'à vingt-cinq, trente jours sous cette forme.

« 3° L'entérite une fois établie, les grains de muguet augmentaient en nombre et en étendue; de petites plaques blanches se formaient sur tous les points de la bouche, et le muguet devenait ou très abondant ou très confluent. Quelques heures ou quelques jours, et peu à peu, la bouche se dépouillait de son muguet; mais bientôt celui-ci reparaissait habituellement avec moins d'intensité; dans un cas pourtant, je l'ai vu se reproduire la seconde fois plus confluent que la première, puis se détacher, reparaître une troisième fois, puis disparaître et revenir vingt-cinq jours après, enfin s'en aller pour jamais.

« En général la guérison s'effectue en l'espace de douze à trente-cinq jours.

« 4° L'entérite une fois établie, que le muguet fût confluent ou simplement abondant, après s'être détaché en tout ou en partie, il reparaissait de nouveau avec encore plus d'intensité et s'étendait au pharynx. Cette extension avait quelquefois lieu dès la première apparition du muguet; dès lors, l'enfant non seulement ne pouvait plus

téter, mais avait même beaucoup de peine à avaler ; cette difficulté était d'autant plus grande que la couche de muguet était plus épaisse. A cette période le mal changeait de couleur, il prenait une teinte d'un blanc sale, souvent jaunâtre, qui devenait brune et même noirâtre quand la mort approchait.

« En même temps le ventre, qui se ballonnait, paraissait douloureux, la diarrhée persistait, l'enfant se plaignait, mais les cris devenaient étouffés ; sa voix se voilait à mesure que le muguet envahissait le palais et le pharynx.

« Non seulement le corps maigrissait beaucoup, mais encore la figure prenait une expression toute particulière ; on aurait dit le visage terreux et ridé d'un vieillard décrépit. Les petits malades tombaient dans une profonde prostration ; on aurait cru avoir sous les yeux de véritables cadavres si un gros râle muqueux ne s'était pas fait entendre même à distance. A cette période la déglutition était impossible, les enfants ne serraient plus le doigt introduit dans la bouche. Il n'y avait ni excrétion urinaire, ni diarrhée. Arrivés à cet état, les enfants ne tardaient pas à succomber.

« Chez sept enfants la maladie a suivi cette marche ; durée de six à quinze jours ; trois n'ont pas eu d'érythème.

« *Deuxième forme.* — Le jour où le muguet se montrait les enfants étaient pris d'entérite ; le muguet était tantôt discret tantôt confluent ; l'entérite était légère ou devenait intense en suivant la marche que j'ai indiquée.

« Selon le degré d'intensité de l'un ou de l'autre, la mort s'en suivait. Vingt-trois enfants ont présenté cette forme et cinq sont morts ; sur ce nombre, trois avaient du

muguet discret mais une entérite intense, deux avaient un muguet confluent; trois sont morts le sixième jour; un le septième un le quatorzième. Chez ceux qui ont guéri, la maladie a duré de huit à vingt-deux jours. Chez un l'érythème s'est montré le premier jour; chez treize, quelques jours après; chez neuf il n'y en a jamais eu.

« *Troisième forme.* — Les enfants étaient pris des symptômes de l'entérite aiguë quelques jours avant l'apparition du muguet; dix-neuf nouveau-nés ont été atteints de cette forme. Chez eux le muguet paraissait de un à dix jours après l'entérite; quelquefois l'érythème des fesses se montrait aussi avant le muguet. Quatre sujets seulement ont été dans ce cas. Pour les autres, huit ont eu l'érythème après; sept n'en ont pas eu du tout. Le muguet restait discret ou devenait confluent; l'enfant guérissait, si l'entérite et le muguet n'étaient pas trop intenses; il succombait dans le cas contraire. Seize enfants ont guéri; leur maladie a eu de dix à vingt-six jours de durée; trois ont succombé l'un, le neuvième jour avec un muguet confluent, l'autre, le trentième avec un muguet abondant et une entérite intense, le troisième est mort des suites d'un érysipèle phlegmoneux des parois abdominales.

« Cette forme est celle qui a été si bien décrite en 1838 par Valleix et que cet observateur a considérée comme le type du muguet. Ce que je viens de dire au sujet de la marche de la maladie prouve qu'il y a erreur de sa part sur la manière dont il l'a envisagée; je me contente de signaler ce fait.

« Il arrive quelquefois qu'après l'invasion des symptômes gastro-intestinaux, au moment où l'on croit voir commencer l'éruption du muguet, les papilles de la langue

rougissent, mais le mal blanc ne paraît pas, et la maladie ne présente pas d'autres symptômes que ceux d'une entérite.

« Peut-on considérer ces cas comme appartenant au muguet?

« Valleix (cliniques) est le premier qui ait fixé l'attention sur ce point, et il répond par l'affirmative ; pourtant son opinion n'a pas été généralement adoptée.

« Pour moi je ne crois pas qu'on puisse donner le nom de muguet à une maladie dans laquelle la production qui le constitue n'existe sur aucun point du tube digestif ; les cas dont il est question ne peuvent être considérés que comme des exemples d'entérite. Leur ressemblance est qu'elles naissent sous l'influence des mêmes causes.

« L'étude attentive de la marche de la maladie démontre qu'on doit chez le nouveau-né admettre deux variétés de muguet. Celle dans laquelle l'intestin ne présente aucune espèce de trouble et celle dans laquelle cet organe est atteint d'inflammation.

« Cette division est d'une grande importance au triple point de vue des symptômes, du pronostic et du traitement.

« Les noms de discret et de confluent qu'on donne au muguet ne servent à désigner que le plus ou moins d'abondance de l'éruption buccale. Nous dirons de même des noms de muguet bénin et malin, et je terminerai en disant que je n'ai jamais trouvé que le muguet idiopathique, jamais le muguet symptomatique. »

Période actuelle. — C'est en 1842 que Berg donna la première description du parasite (Société médicale suédoise de Stockholm). Il le présenta comme un champignon

remarquable par ses tubes enchevêtrés et cloisonnés (voir *Archives de physiologie*, de Muller, 1842, p. 291). Suivant lui, le muguet n'est ni une maladie, ni un symptôme de maladie, puisqu'on le rencontre dans différentes affections et même chez des sujets sains. D'autre part, il rejette absolument l'idée d'une inflammation dont on ne voit, dit-il, nulle trace.

Peu après Gruby, confirmant les idées émises autrefois par Barrier, considéra les plaques de muguet comme le résultat d'une grave altération de l'épithélium buccopharyngé sous l'influence d'une cause parasitaire. Le végétal serait une sorte de sporotrichus; et, pour rappeler l'affection qu'il détermine, il le surnomma aphtophyte. Vogel a donné du cryptogame une description qui s'éloigne peu de celle de Gruby (*Allgemeine Zeitung fur Chirurgie*, 1842).

Mais c'est Robin qui donna la description la plus complète du champignon du muguet, qui en fixa la véritable nature et en étudia le mieux le développement. C'est pourquoi nous croyons devoir rapporter ici ce qu'il dit de ce végétal dans son *Traité des végétaux parasites*, paru en 1853. Voici d'abord ce qui a trait à son siège qui avait été l'occasion de discussions interminables entre Lélut, Billard, Trousseau et Delpech etc., les uns admettant qu'il était sus-épithélial, les autres sous-épithélial.

« Les auteurs qui ont étudié le muguet ne sont pas d'accord sur le siège des plaques pultacées qui le caractérisent : les uns les placent sur l'épithélium, les autres dessous ; d'autres les considèrent comme situées sous l'épithélium dans certaines parties, sur sa face libre dans d'autres régions.

« Il est de fait qu'à l'examen à l'œil nu, on ne peut à cet égard arriver qu'à des assertions, sans démonstration expérimentale.

« On peut reconnaître, d'après les descriptions précédentes, que le végétal se développe à la surface de l'épithélium, dans cette couche de mucus visqueux qui adhère à ce dernier et dans laquelle nagent des cellules épithéliales isolées ou réunies qui se détachent continuellement. Les spores germent dans ce sol, s'y multiplient rapidement, adhèrent à l'épithélium dont elles couvrent les cellules les plus superficiellement placées ; et bientôt mélangées aux cellules du liquide visqueux, elles forment avec les filaments tubuleux une couche blanchâtre épaisse qui occupe ce liquide. Cette membrane enlevée, ce n'est pas le derme de la muqueuse que l'on a sous les yeux, mais une couche d'épithélium de formation récente (ce que beaucoup d'auteurs et Berg avaient déjà constaté) ; cette dernière est bientôt enduite de liquide visqueux.

« Ce qui a fait penser à plusieurs physiologistes que le mnguet se développe sous l'épithélium, qu'il déchire peu à peu pour tomber, c'est que l'adhérence des groupes de spores et des filaments qui en partent en nombre infini est bien plus grande dans les premiers jours du développement du végétal que plus tard. Cela tient encore à ce que les couches d'épithélium les plus superficiellement situées, contre lesquelles a lieu cette adhérence, sont repoussées et détachées par celles qui se développent incessamment au-dessous d'elles, dont la formation est à peine ralentie (Berg).

« On ne peut sans erreur considérer ces couches pultacées comme le résultat d'une inflammation de la surface

de la muqueuse digestive, ni d'une phlegmasie avec altération de sécrétion, ni comme de véritables fausses membranes analogues à celles des séreuses enflammées par exemple. La *phlegmasie des muqueuses* amène seulement *une altération du produit qu'elles sécrètent habituellement*, qui rend celles-ci propres à servir de sol au végétal qui se développe et à lui fournir des matériaux nutritifs.

« Du reste, les nombreuses observations du muguet développé chez les enfants bien portants, mais ordinairement mal nourris, sur des adultes à la dernière période de maladies de longue durée, etc., qui souvent ne montraient pas plus que les enfants de traces de phlogose de la muqueuse font voir que l'inflammation n'est pas la seule cause de cette *altération du mucus* qui favorise l'accroissement du champignon du muguet, bien qu'elle soit une.

« C'est, d'après ces faits, que dans les préliminaires de la première édition de ce travail, j'ai rangé le champignon du muguet, etc., parmi ceux qui se développent dans les substances animales en voie d'altération à la surface du corps vivant. C'est, d'après ces conditions particulières de développement, que je l'ai séparé des épiphytes essentiellement parasitiques, comme le champignon de la teigne, etc., qui se développent même sur l'homme sain. Ce développement a lieu, soit par inoculation ou autre mode de transport de sporules, ou peut-être, dans les cas ordinaires, il est favorisé par quelque légère altération des humeurs, dont la nature reste encore à déterminer du reste; telle est celle qu'à la longue peuvent produire à la surface du corps la malpropreté, ou dans toute l'économie, l'usage d'une mauvaise nourriture, l'habitation de lieux humides, etc.

« Les conditions de développement dont il vient d'être question sont plus nettement étudiées dans les recherches sur la diphtérite, par M. Empis (Empis, Étude de la diphtérite. *Arch. générales de méd.*, 1850, t. XXII, p. 281); l'apparition du muguet est précédée d'une inflammation générale de la muqueuse buccale, phlogose caractérisée par de la rougeur et une douleur vive qui met obstacle à la succion. Elles sont également étudiées dans le travail de Gubler, dont je reproduis ici presque textuellement une partie (Gubler, note sur le muguet. *Gaz. méd. de Paris*, 1852, in-4°, p. 412). »

En définitive, voici quel serait l'aspect du parasite à l'état adulte.

Le végétal, dont les individus agglomérés et entrecroisés forment les couches ou plaques d'aspect pseudo-membraneux du muguet, est composé : 1° de filaments tubuleux sporifères. Ces filaments (fibrilles de Berg; racines, tiges de Gruby) sont cylindriques, allongés, droits ou incurvés en divers sens. Ils sont larges de 0 mm.003 à 0 mm. 004, rarement moins et quelquefois de 0 mm. 005 sur 0 mm. 50 à 0 mm. 60 de long et même plus, suivant la période de développement à laquelle ils sont arrivés. Les bords sont foncés, nettement limités, ordinairement parallèles, le tube est transparent, de couleur légèrement ambrée.

Ces filaments tubuleux sont formés de cellules allongées, articulées bout à bout, et longues, en général, de 0 mm.020; elles ont cependant quelquefois près du double, près de l'extrémité adhérente. En général, elles diminuent de longueur en approchant de l'extrémité sporifère ou libre, de manière à n'avoir plus que 0 mm. 010 ou environ.

Ils sont tous (à l'état adulte) ramifiés une ou plusieurs fois, et les ramifications sont composées de cellules.

Mais pourquoi le cryptogame refuse-t-il parfois de se développer dans la cavité buccale où on l'inocule, pourquoi des enfants qui sembleraient cependant très prédisposés à contracter le muguet y restent-ils réfractaires? Bientôt une réponse fut faite à cette embarrassante question. C'est que, pour que le parasite se développe, il lui faut un *milieu acide* et, par conséquent, des conditions biologiques spéciales qui ne sont pas toujours réalisées.

Il semble que de divers côtés on se soit préoccupé en même temps de résoudre le problème posé plus haut et qu'on soit arrivé rapidement à des conclusions concordantes. En France, on doit signaler Natalis, Guillot et Gubler; à l'étranger, Vogel.

Toutefois Gubler paraît avoir été le premier à deviner l'acidité de la cavité buccale au cours du muguet. Utilisant les indications de Dutrochet, qui avait démontré qu'un milieu acide est très favorable au développement des cryptogames, il avait entrepris, dans le service de Trousseau dont il était l'externe en 1849, des recherches en ce sens. « Je n'ai pas enregistré les faits observés à l'hôpital Necker ou la plupart de ceux dont j'ai été témoin plus tard dans les autres services où j'ai été attaché à différents titres, mais je puis assurer que ces faits sont nombreux. » Ses premières recherches systématiques remontent cependant en 1847. Toujours il a trouvé une réaction acide, sauf dans quelques cas dont l'alcalinité peut s'expliquer, soit par un reste de boisson alimentaire, soit par une exhalation séreuse ou sanguine au niveau de la bouche, soit par un

retour à la santé permettant aux liquides de la bouche de reprendre leur état normal. Quoi qu'il en soit, il conclut de la façon suivante :

« Mais si la bouche présente momentanément, chez des sujets sains, une réaction sensiblement acide, je ne crois pas qu'il soit juste de dire que l'acidité permanente de la bouche puisse être la règle dans aucune condition de la vie normale. C'est pourtant ce qui semblerait résulter du travail de Seux (de Marseille), consigné dans un ouvrage très consciencieux qu'il vient de publier. Mais Seux aura, sans doute, rencontré, par hasard, une série de sujets dont la bouche devait accidentellement son acidité à la présence du lait aigri ; ou bien, expérimentant à l'hôpital dans de mauvaise condition, il aura eu affaire à des enfants un peu malades, quoique jouissant encore des apparences d'une santé satisfaisante. »

Natalis Guillot s'est bien gardé de tomber dans une pareille illusion sur les jeunes sujets qui lui ont été présentés à l'hospice des enfants trouvés. Parmi ceux qu'on donnait comme sains il a fait un partage. D'un côté, il a placé les enfants qui lui paraissaient des types de bonne santé, c'étaient les moins nombreux ; de l'autre, il mettait ceux d'une moins bonne apparence. Or, tandis que chez les premiers la réaction de la salive était tout à fait neutre, chez les seconds elle s'est montrée constamment acide. Et, par exemple, dans une série de dix enfants de cette seconde catégorie, âgés de deux à vingt jours, il s'en est même rencontré deux qui, sans être autrement malades, avaient la bouche très acide avec un commencement de muguet.

Les explications sur l'acidité de la salive varieront.

beaucoup. DUMAS et BONDET avaient émis l'hypothèse suivante : « La salive alcaline à jeun, l'est plus encore quand on mange et que l'eau vient à la bouche. Le mucus buccal est alcalin comme le mucus nasal, oculaire, pharyngien et uréthral; mais le liquide des glandes gingivales est acide. C'est lui qui ronge les dents. Aussi les dents supérieures et surtout les incisives se gâtent-elles plus facilement que toutes les autres. Quelquefois le papier bleu posé sur les gencives supérieures rougit, quand partout ailleurs dans la cavité buccale la salive suffit pour neutraliser le liquide gingival. »

CLAUDE BERNARD n'accepta pas ces interprétations. Selon ce physiologiste, les choses se passeraient de la manière suivante : une fermentation acide, lactique ou autre, s'emparerait des matières organiques déposées à la surface de la muqueuse buccale, au contact de l'air, et donnerait lieu à une réaction acide qui s'observe, comme on le sait, principalement quand la bouche est sèche, soit à jeun, soit lorsqu'on a parlé longtemps. Cette altération est d'autant plus possible, selon Claude Bernard, qu'il séjourne très souvent des particules alimentaires entre les dents. Du reste, rien ne démontre directement, selon lui, cette sécrétion acide de la membrane muqueuse, et les expériences dans lesquelles il a fait chez des chiens la section de tous les conduits salivaires, y compris celui de la glande de Muck, pour empêcher la salive d'arriver dans la gueule, ne lui ont jamais fait voir le liquide buccal acide.

PARROT a achevé pour ainsi dire les travaux de ses prédécesseurs et complété les notions qu'ils nous avaient laissées sur le muguet. Lui aussi nous a montré

le syndrome clinique au milieu duquel évolue cette affection parasitaire chez le nouveau-né ; mais, au lieu d'en faire l'élément principal, il le considéra à juste raison comme un simple épisode. Dépassant en sévérité contre le muguet idiopathique ceux qui se sont montrés les plus convaincus du caractère secondaire de la maladie dans la plupart des cas, il nie que l'oïdium albicans puisse évoluer sous des influences purement locales, par exemple, par suite de l'action irritante d'une tétine de biberon trop dure. « Sous une influence épidémique que nous ne connaissons pas, le nourrisson est pris d'une inflammation de la muqueuse buccale, bien que sa santé soit d'ailleurs parfaite, et cette stomatite donne lieu au développement du muguet qui généralement est très passager et sans inconvénient. Mais s'il devient confluent, ajoute Trousseau, si les plaques qu'il forme sont très épaisses et très étendues, elles vont occasionner une gêne considérable dans la succion, gêne qui sera augmentée par la douleur que cause au petit malade l'inflammation violente de la bouche et de la langue. Alors l'enfant refusera de téter, alors le muguet idiopathique, qui, par lui-même, est une affection bénigne, pourra devenir en quelques circonstances le point de départ d'une malade grave, puisque, rendant l'alimentation pénible, et même impossible, il sera la cause indirecte de la mort de l'individu. » A ceci, Parrot répond : « Cette stomatite intense, cette végétation du parasite qui, par son exubérance, gêne et même empêche la succion et la déglutition est-elle admissible chez un enfant, d'ailleurs sain ? Non certes ! ...... Je ne doute pas que les nouveau-nés auxquels songeait Trousseau en parlant de la sorte ne fussent déjà sérieusement malades. Et s'il ne mentionne

pas la diarrhée, dont j'affirme qu'ils étaient atteints, c'est que l'abondance de la végétation parasitaire a absorbé toute son attention, masquant ainsi le mal véritable. Voilà pourquoi je n'hésite pas à dire que le muguet de la première espèce, dont parle Trousseau, celui qu'il qualifie d'affection locale, est, tout aussi bien que les autres, deutéropathique, consécutif à un état morbide des voies digestives, encore peu grave il est vrai et curable, mais parfaitement caractérisé. En admettant un muguet purement local, il a donc commis une véritable faute clinique et ses trois formes sont illusoires. » Parrot refuse ainsi de croire que la végétation exagérée du cryptogame puisse être pour quelque chose dans le dénouement fatal. « Le muguet est un incident et ce n'est jamais de lui que le mal tire sa gravité ; ce n'est qu'un parasite qui se développe sur un organisme malade, et bien qu'il fournisse par lui-même son contingent de troubles, c'est en réalité une affection de peu d'importance. » Pour bien comprendre cette dernière phrase, il faut se rappeler qu'avant le grand développement qu'a pris, sous l'influence de Pasteur, la théorie des germes pathogènes, on regardait volontiers les cryptogames, dont la présence était démontrée au cours de certaines affections, comme de simples saprophytes, c'est-à-dire comme des organismes se développant sur des hommes morts ou mourants, absolument comme ils le feraient sur du vieux bois, et on leur refusait toute nocivité sérieuse par eux-mêmes. A l'heure actuelle, l'étude des schyzomycètes inférieurs a changé un peu le cours des idées et, bien qu'il s'agisse ici de champignon assez élevé en organisation, on peut se demander si l'oïdium albicans est si dénué que cela de toxine et si, sous l'influence de cer-

taines conditions à débattre, sa virulence augmentant, il ne peut pas voir son pouvoir contagieux s'exaspérer en quelque sorte ; de là les épidémies admises par les anciens auteurs et niées par Parrot.

Quoi qu'il en soit, le principal mérite de ce dernier est d'avoir de nouveau reculé le domaine possible du muguet que des recherches incomplètes tendaient à restreindre exclusivement à la cavité bucco-pharyngée ce qui est du reste le cas le plus habituel. Après avoir montré que l'œsophage était très souvent atteint d'une façon tantôt discrète, tantôt confluente, il a prouvé que l'estomac n'est pas à l'abri de ses atteintes. « A l'ouverture du viscère, dit-il, la lésion frappe la vue dans le plus grand nombre des cas ; mais, parfois, elle est masquée par du mucus qui forme à sa surface un revêtement épais et d'une adhérence remarquable. Pour la voir, il faut faire disparaître cette matière soit par un léger raclage, soit à l'aide d'un jet d'eau. Alors il apparaît sous la forme de petits mamelons, de grains isolés ou rapprochés les uns des autres. Leur volume est très variable ; quelques-uns ne peuvent être distingués qu'à la loupe, et rarement leur grosseur dépasse celle d'un grain de millet.

« Les petits sont acuminés et les plus volumineux présentent à leur centre une dépression, une sorte d'ombilic.

« En général, leur couleur ne tranche pas d'une manière appréciable sur celle de la muqueuse ; d'autres fois, elle est jaune cire et si, alors, comme dans une observation que j'ai fait connaître, les grains sont en forme de godet, on croirait avoir sous les yeux une végétation de teigne faveuse.

« Leur siège de prédilection est la face postérieure de

l'estomac, et on les trouve habituellement groupés au voisinage des courbures, surtout de la petite, et plus près du cardia que du pylore. Quand la végétation est ancienne et très étendue, c'est au niveau de ces dernières régions que les saillies sont le plus volumineuses et que la dépression centrale est la plus prononcée.

« Toujours elles adhèrent intimement à la paroi dont on ne peut les séparer ni par le lavage ni par un raclage prolongé ; à vrai dire, elles lui sont incorporées. Autour des saillies la muqueuse conserve le plus souvent sa couleur grise normale ; dans quelques cas, elle est rose ou violette.

« L'examen de cette préparation fait voir un grand nombre de filaments tubuleux et de spores caractéristiques de l'oïdium albicans. Entre eux on distingue des cellules épithéliales, des noyaux, des granulations protéiques et quelques globules gras.

« Toutefois on n'obtient ainsi que des renseignements superficiels et très sommaires ; il faut avoir recours à des coupes faites sur l'estomac préalablement durci.

« Supposons que les saillies soient cupuliformes. Il suffit d'un faible grossissement pour se rendre compte de l'état des parties. Au niveau de la dépression du godet, la muqueuse a le même aspect que sur les régions saines. Tout autour de ce point, sa hauteur est au contraire doublée ; et, à cause de son opacité, l'on n'y distingue ses éléments que très imparfaitement. On a de la peine à y reconnaître çà et là quelques cul-de-sac glandulaires énormément distendus par une matière que l'on ne peut déterminer, et qui donne aux glandes un diamètre 5 à 6 fois plus considérable qu'à l'état normal. La couche sous-muqueuse elle-même est épaissie. Les vaisseaux corres-

pondants contiennent des thrombus, tandis que ceux du voisinage sont vides.

« A l'aide d'un grossissement plus fort, on constate qu'au niveau des saillies, la muqueuse est très altérée. Les glandes sont détruites dans leur région superficielle. A leur place on trouve les éléments du muguet, avec de l'épithélium glandulaire et des corpuscules sporiformes très petits, qui, chez les athrepsiés, existent toujours abondamment à la surface des voies digestives et respiratoires.

« Les cul-de-sac glandulaires, dont je vous ai signalé l'élargissement si remarquable, sont pleins de spores et ressemblent à des calebasses que l'on aurait remplies de grains de millet. On n'y voit pas de tubes. Le parasite a pénétré aussi dans les espaces interglandulaires, mais en petite quantité. »

Parrot est allé plus loin; il a démontré que, Lélut et Valleix ne s'étaient pas trompés en admettant l'envahissement de l'intestin grêle et même du gros intestin. Les lésions ressembleraient assez à celles retrouvées du côté de l'estomac. Enfin, contrairement à ce qu'avaient admis tous les observateurs avant lui, il a pu établir que le mal ne respectait pas l'arbre respiratoire. On avait bien retrouvé quelques traces de muguet dans le larynx, mais on avait soutenu (Guersant, Trousseau, etc.), qu'il s'agissait de grumeaux ayant pénétré mécaniquement dans la cavité laryngée et ne s'étant pas développés sur place. Cependant, Lélut faisant remarquer que les cordes vocales étaient tapissées par un épithélium pavimenteux, avait admis que l'affection, par cela même, pouvait se développer au pourtour de la glotte; et en effet, c'est à ce niveau que Parrot retrouva le cryptogame. Mais, quelles que soient les affi-

nités de l'oïdium pour l'épithélium pavimenteux, elles ne sont pas telles qu'il ne puisse germer sur un épithélium cylindrique, ainsi que le prouve l'existence d'un muguet stomacal et même d'un muguet intestinal. D'ailleurs une constatation de Parrot a mis absolument hors de doute l'envahissement du poumon lui-même par le parasite. Un examen microscopique rigoureux permit de reconnaître en un point de cet organe des petites masses jaunâtres et faisant saillie du côté de la plèvre non altérée ; or, dans ces masses jaunâtres, on rencontra le parasite. Du reste, voici le passage où l'auteur fait, dans son *Traité des maladies des nouveau-nés*, allusion à cette rare trouvaille.

« L'enfant avait succombé à l'athrepsie. Sa bouche était remplie par le parasite, et l'on en trouva une couche épaisse dans l'œsophage. Les poumons étaient assez souples et crépitants ; un seul point d'induration existait dans le sommet droit ; c'était une masse de la grosseur d'un petit noyau de cerise, de couleur jaunâtre et faisant une très légère saillie sous la plèvre non altérée. A la surface, les coupes avaient une teinte d'un jaune-gris, et un aspect tout à fait différent de celui que présentent aux diverses époques de leur évolution la pneumonie et le tubercule.

« L'examen microscopique des fragments détachés de ce noyau montra qu'ils étaient constitués par quelques débris du tissu pulmonaire, mais surtout par des amas de tubes et de spores. Les premiers, remarquables par leur longueur et leurs ramifications, appartenaient, comme les spores, à *l'oïdium albicans*.

Dans son excellent article sur le muguet du *Dictionnaire de médecine pratique*, où il a présenté un tableau

très clair et très fidèle de l'état actuel de nos connaissances sur cette maladie parasitaire, J. Simon insiste, après Gubler, Charles Robin et Trousseau, sur la transmission, d'un enfant à un autre, du muguet, par l'intermédiaire du sein d'une nourrice commune. « J'en ai observé pour ma part, dit-il, quelques cas qui ne m'ont laissé aucun doute dans l'esprit. » C'est dans ces faits de contagion bien établis qu'il aurait vu le mal sévir sur des enfants absolument bien portants. « Dans ces circonstances j'ai observé des exemples très rares, il est vrai, de muguet par cause locale » ; quoi qu'il en soit, le parasite pourrait s'inoculer en quelque sorte par des mécanismes différents. « Sa propagation peut encore s'effectuer par le biberon, les cuillers et autres objets tels que les rouets qui sont d'ailleurs acides, les hochets que les enfants portent à la bouche. L'air lui-même des salles remplies d'enfants malades doit transporter les spores. On ne concevrait pas d'ailleurs qu'il en fût autrement pour les malades situés à distance et n'ayant ensemble aucun rapport de contact direct ou indirect, autrement ce serait admettre la génération spontanée. » Bien qu'il accepte que, dans l'immense majorité des cas, le muguet des enfants est tout aussi symptomatique que celui des adultes, il fait remarquer cependant qu'on le voit parfois, « tout en dépendant d'un trouble général, refléter des perturbations passagères, tout au moins plus superficielles et conséquemment d'un pronostic bénin. » Dans des circonstances exceptionnelles, il reconnaît l'existence du muguet idiopathique formellement rejeté par Parrot. « Pourtant dans des cas très rares, j'ai vu des enfants bien portants atteints de muguet idiopathique. Un défaut de soin de la part de la nourrice, une contagion manifeste par le bout du sein

ou le tube du biberon, pouvaient seuls être invoqués comme cause de ce muguet. Dans ce cas, l'enfant, sans trouble préalable de la santé, devient grognon, se réveille facilement, et tète avec douleur et difficulté. En fin de compte, il absorbe une moins grande quantité de lait, ses chairs deviennent un peu plus molles, le creux des mains accuse une légère élévation de température. Je n'ai cependant jamais remarqué comme Seux un appareil fébrile très accentué sous l'unique dépendance du muguet. Le seul fait que je retienne et que j'aie parfaitement observé, est que des enfants, dont l'état général était excellent, se trouvaient momentanément troublés par l'évolution du champignon né sous l'influence d'une cause locale. La fréquence du pouls, la chaleur du creux des mains trahissaient une excitation fébrile modérée, qui cessait après la disparition de la production parasitaire. » Dans un autre passage il se montre non moins explicite. « Pour moi il existe néanmoins des cas, fort rares, je l'avoue, dans lesquels le muguet transmis par le sein ou par le biberon, peut porter le titre d'idiopathique, c'est-à-dire ne dépendre que de l'état local d'acidité, de fermentation réalisées par le contact des substances acides irritantes qui ont modifié en peu de temps l'état de la muqueuse buccale. » Il semble en effet que, dans certains cas, ainsi que nous l'avons dit à propos des faits nouveaux qui ont été publiés sur le parasite du muguet, l'oïdium puisse exalter son pouvoir contagieux, et, par conséquent, arriver à se contenter de conditions locales moins favorables que d'habitude. De là les divergences des auteurs et les opinions contradictoires de Parrot et de Jules Simon qui continue ainsi : « En disant que ces faits sont excessivement rares, on

évite le reproche de ranger dans cette catégorie les muguets qui se développent sous de légères influences, des troubles passagers de l'intestin et de l'estomac, et qui doivent se rapporter à la première classe, de beaucoup la plus fréquente. Je partage donc toutes les idées émises par les auteurs compétents; l'observation, les résultats statistiques ne sauraient recevoir d'autre interprétation. Oui, dans l'immense majorité des cas, l'état local est secondaire à une altération plus ou moins prononcée de la santé, mais j'y ajoute une exception qui me semble vraie, celle de la germination par le contact direct d'une ampoule de caoutchouc acide, d'un sein chargé de muguet, chez des enfants réellement bien portants dont la bouche devient rapidement irritée, la langue saburrale, les liquides acides, sans qu'on puisse reconnaître une altération préalable de la santé. Je sais bien que la conviction ne se transmet pas sans discussion, mais, outre qu'une telle discussion dépasserait le cadre imposé à cet article, il faudrait établir les limites où finit la santé, où commencent les troubles légers et même les indispositions. Sans cela la conclusion n'aurait pas de chance d'aboutir; comme, en fin de compte, cette opinion n'est qu'une nuance extrêmement minime, il n'y a pas lieu de s'y arrêter davantage. »

---

b) Déterminations pharyngées de la stomatite ulcéro-membraneuse

Cette affection assez rare[1], mais qui a pris une certaine importance depuis les recherches de Ruault, de

1. Dans son article sur la stomatite ulcéro-membraneuse du *Dictionnaire*

Brindeau, de Vincent, a été fort longtemps méconnue[1]. On la confondait avec le scorbut, avec les aphtes et la gangrène. Van Swieten lui-même semble s'être mépris ; car, si sa description rappelle quelques-unes des caractéristiques de la maladie, les soldats qu'il a observés n'étaient atteints que d'une phlegmasie gutturale. Il est du reste possible qu'il s'agissait de l'angine déterminée par le bacille et le spirille de Vincent; mais il est impossible de l'affirmer. En 1793, Desgenette, lors de l'expédition d'Italie, sépara l'affection du scorbut.

En 1829, pendant une épidémie grave qui régna à l'hôpital militaire de Narbonne, Cafford sépara la stomatite ulcéreuse de la diphtérie, contrairement aux assertions de Bretonneau, qui, en 1818, avait voulu y voir une diphtérie locale ne se généralisant pas aux voies respiratoires[2]. La même année, Payen et Guesdon signalaient la propagation au voile et aux piliers des lésions de la cavité buccale.

Enfin, Taupin, dans un mémoire fort important, in-

encyclopédique des sciences médicales, paru en 1883, Bergeron dit n'avoir vu depuis la publication de son mémoire que deux cas nouveaux à l'hôpital Sainte-Eugénie.

1. Si Ruault paraît avoir le premier attiré sérieusement l'attention sur les localisations cantonnées à l'amygdale, il avait eu dans Bergeron un prédécesseur, ainsi qu'on le verra plus loin.

2. Il avait cependant reconnu les principaux traits qui caractérisent cette affection, son cantonnement à la cavité buccale. L'erreur de Bretonneau fut longtemps partagée par Trousseau. Guersant et Blache, partisans des doctrines de l'école de Tours, décrivirent cette maladie sous le nom de stomatite couenneuse, pseudomembraneuse ou diphtérique dans le *Dictionnaire en 40 volumes* (Tome XXVIII, p. 880) ; mais leur description symptomatique prouve bien qu'ils avaient déjà une connaissance parfaite des différences importantes qui séparent, au point de vue clinique, ces lésions ulcéromembraneuses de la diphtérie véritable. Au point de vue de la propagation gutturale, ils concluent à la négative. « Jamais nous ne l'avons vue s'étendre dans la pharynx, dans les fosses nasales, ni dans les voies aérifères, bien qu'on en ait cité des exemples. »

séré dans le *Journal des connaissances médicales* en 1839, où l'affection est fort bien décrite au point de vue clinique, eut la malencontreuse idée de la confondre avec la gangrène de la bouche, dont elle ne serait, dit-il, qu'un degré plus léger. Il signala, mais en passant, les lésions tonsillaires.

En résumé, c'est Bergeron qui a, le premier, attiré sérieusement l'attention des cliniciens sur la propagation de la stomatite ulcéro-membraneuse à l'isthme du gosier, dans son mémoire bien connu de 1859. « La plupart des auteurs, dit-il, qui ont parlé de la stomatite ulcéreuse des troupes se sont bornés à signaler les ulcérations des amygdales sans donner aucun détail sur cette intéressante variété de la maladie qui méritait cependant qu'on la décrivît avec quelque soin, par cela seul qu'elle peut, en raison de son siège et de son aspect, donner lieu à des erreurs de diagnostic. Je n'ai observé que sept cas d'angine ulcéreuse ; la maladie s'est montrée quatre fois sur l'amygdale droite, deux fois sur l'amygdale gauche et une fois seulement sur les deux amygdales ; d'où il suit qu'ici, comme dans la gingivite et dans la stomatite pariétale, le développement *unilatéral* de la maladie est la règle. L'ulcération tonsillaire a coïncidé trois fois avec une altération semblables de la luette[1] ou des piliers et trois fois avec l'ulcération gingivale. Dans un de ces derniers cas, l'espace intermaxillaire était ulcéré. *Je n'ai vu qu'une fois l'angine ulcéreuse simple.* Or, c'est précisément pour les cas de ce genre qu'il importe de bien connaître les caractères de la maladie. Lorsqu'en effet la stomatite se développe sur un point quelconque

1. Cafford dit avoir observé la perte totale de la luette chez un malade et la perte partielle chez un autre.

de la muqueuse buccale en même temps que sur les tonsilles, il n'y a pas d'erreur possible sur la nature de l'altération de ces glandes. Mais qu'au contraire la maladie se localise exclusivement et d'emblée sur une amygdale et alors l'incertitude sera permise, parce que l'angine ulcéreuse peut, dans quelques cas, donner au premier aspect l'idée, tantôt d'une angine tonsillaire simple avec suppuration, tantôt même d'une angine gangreneuse. »

L'auteur suppose un premier stade inflammatoire précédant le processus ulcéreux, mais il ne peut l'affirmer ; les faits qu'il a étudiés dataient déjà de quelques jours. « Dans tous les cas, j'ai constaté une *vive rougeur* de la luette et même du voile, des piliers et des deux amygdales, en un mot de tout le pourtour de l'isthme pharyngien ; dans les six cas d'angine unilatérale, l'amygdale saine était manifestement tuméfiée, mais je ne l'ai vue que deux fois aussi volumineuse que l'amygdale ulcérée. Les bords de l'ulcération sont extrêmement saillants et comme boursouflés, ce qui la fait paraître beaucoup plus profonde que les ulcérations pariétales, bien qu'en réalité la perte de substance ne soit pas plus considérable dans un cas que dans l'autre. Cette tuméfaction excessive des bords de l'ulcère me paraît tenir à la consistance comme spongieuse des amygdales, que l'on voit en effet dans les inflammations simples de cette région atteindre en quelques heures un volume énorme et revenir parfois avec la même rapidité à leur état normal. Je n'ai vu que dans un seul cas sur sept l'amygdale creusée d'une double ulcération ; dans tous les autres, il n'y avait qu'une seule ulcération occupant d'ailleurs toute la largeur de l'amygdale. Cette ulcération n'est pas, comme dans la stomatite pariétale, recouverte par un

lambeau unique de muqueuse mortifiée. J'ai toujours vu cette membrane, dans l'angine ulcéreuse, se détacher du fond de l'ulcère par lambeaux multiples et isolés. » Ceci serait dû, suivant l'auteur, à ce que les lames superficielles de la muqueuse se mortifient sans que les lames profondes et surtout les prolongements qui tapissent les cryptes amygdaliennes soient atteints de la même désorganisation. « Les orifices de ces cryptes constituent autant d'intervalles qui séparent les divers points de l'ulcération où le travail de mortification s'est opéré. De là ces lambeaux multiples et isolés. De là aussi, sans doute, cette surface inégale, anfractueuse de l'ulcération amygdalienne, qui, par sa couleur, au contraire, ne diffère en rien de l'ulcération pariétale. Ici, comme aux gencives et aux parois, c'est le même fond grisâtre, plus rarement piqueté de taches ecchymotiques, mais secrétant également un pus sanieux toujours très abondant. Dans un cas où la luette, une partie du voile et le pilier antérieur étaient ulcérés en même temps et du même côté que l'amygdale, je ne vis qu'une masse grise, mouchetée de taches violacées, occupant toute la place située entre la luette et le pilier antérieur, et qui aurait pu passer pour de la diphtérie ou de la gangrène si le peu d'intensité des phénomènes généraux n'avait pas fait connaître la véritable nature de la maladie quant aux phénomènes généraux. « Chez mes sept malades, j'ai constaté le premier jour (ai-je besoin de rappeler que chez tous j'ai observé la maladie à l'état aigu ?) une réaction fébrile, qui, du reste, n'a été prononcée que dans le cas d'angine ulcéreuse double, et n'a jamais persisté au delà du deuxième jour.

« Chez tous, la déglutition avait été extrêmement *douloureuse* au début et la *fétidité* de l'haleine très marquée;

mais la salivation et l'engorgement des ganglions sous-maxillaires ont manqué dans le cas unique où l'amygdale était seule ulcérée, sans que la muqueuse buccale présentât d'autre altération qu'une trajectoire de tout le pourtour de l'isthme. »

Les lésions anatomiques dans la stomatite avaient été regardées comme pseudomembraneuses par Bretonneau, Blache et Guersant, comme gangreneuses par Taupin. Dans un examen microscopique, Follin n'avait rencontré que du pus et des détritus amorphes ; Vidal, des cellules épithéliales dégénérées, des globules de pus, des globules sanguins, une matière amorphe abondante, des algues et des vibrions ; Charles Robin, des cellules épithéliales, des globules de pus, des algues et des vibrions et quelque trace de fibrine. Sur une pièce enlevée par Bergeron, le même biologiste trouva des faisceaux lamineux mortifiés et plus ondulés que dans le tissu cellulaire normal. La cicatrisation ne tarderait pas, disait Bergeron, à succéder à l'élimination des parties mortifiées.

Peter s'est borné, en grande partie, à reproduire les idées de Bergeron sur l'angine ulcéro-membraneuse, se bornant, au point de vue pathogénique, à distinguer deux sortes de processus, l'un inflammatoire, l'autre ulcéreux. L'existence de cette affection serait, suivant lui, incontestable dans un certain nombre de cas. « Comme dans l'herpès, comme dans le muguet, il y a propagation à la membrane muqueuse de la gorge, des lésions qui, primitivement occupaient d'autres points de la cavité bucco-pharyngée. » Néanmoins, cet envahissement du pharynx proprement dit serait en somme exceptionnel, si on s'en rapporte aux données fournies par Bergeron. Les phénomènes morbides résultant, d'après lui, de

deux processus distincts, l'inflammation et l'ulcération, voici comment il caractérise les premiers : « Des symptômes de l'angine, je dirai peu de chose. Il y a rougeur vive du voile du palais et des piliers, des amygdales, du pharynx, tuméfaction de ces glandes, gêne et douleur à la déglutition, moins marquées quand les amygdales sont seules affectées (Bergeron), salivation abondante, fétidité de l'haleine, engorgement ganglionnaire peu considérable et siégeant nécessairement du côté affecté, réaction fébrile peu intense et ne dépassant ordinairement pas deux ou trois jours. » Il est un peu plus explicite sur les lésions ulcératives. « Deux jours environ après les symptômes que je viens de dire, on voit sur l'une des amygdales, le voile du palais et le pharynx, une ou plusieurs ulcérations de forme assez régulièrement circulaire, grises, mouchetées parfois de taches violacées ou noirâtres, à bords rouges taillés à pic, ulcérations qui semblent assez souvent profondes par suite du gonflement du tissu environnant, surtout quand c'est sur les amygdales que siègent les ulcérations, ces glandes se tuméfiant avec une grande facilité. Il n'y a, le plus ordinairement, qu'une seule amygdale ulcérée, de sorte que le développement unilatéral de la maladie est la règle comme dans la gingivite ulcéreuse (Bergeron).

« On doit considérer dans cette ulcération deux choses : l'ulcère lui-même, la couche grisâtre qui le recouvre, j'y reviens. — Qu'est-ce que cette couche grisâtre ? A l'œil nu, c'est une matière grise, pulpeuse, sans cohérence, se désagrégeant facilement à la pression et qui, évidemment dépourvue de toute organisation, semble formée par un détritus de matière animale ; suivant Taupin, ce serait un produit de mortification, résultant

de la destruction de la partie superficielle de la membrane muqueuse ; de sorte qu'il en conclut à la nature gangreneuse de l'affection. Pour Bergeron, c'est le produit de l'ulcération du derme muqueux. Suivant Bretonneau et plusieurs autres, au contraire, la matière grise est une fausse membrane et l'angine est pseudomembraneuse.

« Que si, maintenant, on examine au microscope, comme je l'ai fait, la composition de cette couche grisâtre, on reconnaît qu'elle est formée de matières granuleuses, amorphe, de globules de pus, de globules de sang déformées de cellules épithéliales altérées, et enfin de fibres élastiques réunies en faisceaux (Bergeron et Robin). Cette matière granuleuse est de la fibrine ; elle peut être peu abondante ; c'est un produit d'exsudation. Ces cellules épithéliales proviennent de la desquamation de l'épiderme. Ces fibres réunies encore en faisceaux sont celles du derme muqueux lui-même et proviennent de la destruction des couches superficielles de celui-ci. Quant aux globules de pus et de sang, leur nature et leur origine n'ont pas besoin d'être interprétées. Il y a donc à la fois dans cette matière grisâtre qui recouvre l'ulcération : 1° des produits de destruction, les cellules épithéliales et les fibres élastiques ; 2° des produits de suppuration et d'hémorragies liées au travail de destruction, les globules de pus et de sang ; et enfin 3° des produits de réparation, la fibrine. Au début de l'ulcération ce sont les produits de destruction qui prédominent ; vers le troisième ou quatrième jour, ce sont les produits de réparation qui l'emportent, ainsi que je l'ai constaté pour la couche pulpeuse de la stomatite ulcéro-membraneuse. Cette plaque grisâtre n'est donc pas de la

gangrène, elle est un produit d'ulcération superficielle du derme, contenant en proportions inégales, suivant les phases différentes de la maladie, les détritus de la membrane et les éléments de sa réparation.

« A la période ulcéreuse de l'angine, la rougeur inflammatoire générale diminue également et peut même cesser presque complètement, de sorte que la gêne de la déglutition devient alors à peu près nulle. La réparation s'accomplit en quatre ou cinq jours, de manière que la maladie dure environ un septénaire, quand elle est convenablement traitée.

« Le diagnostic n'offre pas une grande difficulté. L'angine ulcéreuse ne peut guère être confondue avec l'angine herpétique. Si, dans l'une et l'autre, il y a ulcération, et, dans l'une et l'autre, couche membraneuse consécutive, dans l'angine herpétique il y a seulement dénudation de derme ; dans l'angine ulcéreuse, il y a ulcération de celui-ci ; dans l'angine herpétique, il n'y a par conséquent que de la fibrine et des cellules épithéliales dans la couche grise qui recouvre l'érosion ; dans l'angine ulcéro-membraneuse il y a en plus des fibres du derme muqueux ; enfin, dans l'angine herpétique on a pu constater l'existence préalable des vésicules aux points actuellement ulcérés, et l'on peut observer la coexistence de l'herpès aux lèvres ou dans la bouche ; dans l'angine ulcéro-membraneuse, il n'y a jamais eu de vésicules et il y a coïncidence d'ulcérations grisâtres sur les gencives, les lèvres et les joues. Quant à l'angine gangreneuse, les symptômes généraux en sont bien autrement graves que ceux de l'angine ulcéreuse ». Banberger, Jaccoud déclarent tout à fait exceptionnelle la propagation de la stomatite ulcéro-membraneuse à

l'isthme du gosier. Il en est de même de Fischer (*Ziemsen's Handbuch der Speciel Pathologie*, VII, 1re partie).

c) Déterminations pharyngées de la stomatite aphteuse

Pendant longtemps, le mot aphte a eu une signification des plus vagues. Hippocrate désignait par ce terme des ulcérations superficielles survenant, avec d'autres manifestations morbides, chez les jeunes enfants au moment de la saison chaude (aphorisme vingt-quatrième, section B). Celse donnait ce nom à des stostomatites malignes. Pour Galien il s'agit d'ulcères buccaux superficiels à évolutions souvent critiques. Pour Boerhaave, Stoll, Armstrong, Underwood, tout ulcère de la bouche mériterait ce nom. Sydenham, Mercuriali, Ethmuller les considéraient comme des pustules vésiculeuses, blanches au milieu, rouges à leur circonférence, assez analogues à l'affection pustuleuse que décrivit plus tard Rœderer, opinion que Gardien tendit à partager. Cependant Van Swieten[1] avait émis une idée ingénieuse qui tendait à éclaircir sinon leur pathogénie du moins leur siège anatomique; il regarda les aphtes comme les orifices ulcérés et dilatés des glandules muqueuses bouchées par une substance glutineuse. Un peu plus tard, Bate-

1. Callisen avait aussi bien décrit les aphtes qu'il considérait comme des vésicules. Plenck les considérait comme des vésicules aussi, « quædam in aspice foraminulum (glandulorum), gerunt, dein collabuntur et aliquantum latescunt ».

man distingua nettement les aphtes des nouveau-nés des aphtes de l'adulte[1], et plusieurs auteurs, à l'exemple de Ketelaer, admirent une forme discrète et une forme diffuse.

Mais c'est Billard qui fit le mieux connaître l'affection aphteuse et mit un peu d'ordre dans le chaos des notions multiples et contradictoires sur la question. Il rappelle que Bichat n'avait pas osé se prononcer sur la question. « Les aphtes sont-ils une affection du chorion muqueux, appartiennent-ils aux papilles ? Siègent-ils dans les glandes ? Sont-ils une affection isolée de ces glandes, tandis que les catarrhes sont caractérisés par une inflammation générale d'une étendue assez considérable du système muqueux. Toutes ces questions méritent d'être examinées, le citoyen Pinnel a senti le vide de l'anatomie pathologique sur cette question[2] ». D'autre part Gardien se serait contenté de tracer un historique fort complet de la maladie et d'en donner une assez bonne description clinique[3] sans oser dire ce qui constituait l'aphte au point de vue anatomo-pathologique, s'excusant de son silence, en rappelant les hésitations de Bichat. Pour Billard, la nature folliculeuse des aphtes paraît une vérité bien démontrée. Si les glandes muqueuses s'enflamment et que leur phlegmasie progresse, « les points folliculeux s'élargissent en conservant partout leur forme ronde primitive. On ne tarde pas à voir sortir de leur pertuis central une matière blanche, qui se trouve d'abord comme comprimée et voilée par l'épithélium, dont la déchirure et l'ulcération ne

1. Aphta lactantium, aphta adultorum.
2. *Anatomie générale*, t. I, p. 437, édition 1801.
3. Traité complet d'accouchements, des maladies des femmes et des enfants, t. IV, p. 115.

tardent pas à survenir, laissant exsuder librement la matière blanche ou puriforme dont j'ai parlé. Alors l'aphte prend un nouvel aspect, et ici commence sa seconde période ou sa période d'ulcération. Les points saillants dont j'ai parlé ne sont ni des tubercules comme le dit Gardien, ni des pustules, comme l'ont avancé beaucoup d'auteurs, ce sont évidemment des follicules mucipares, ainsi que le démontrent leur siège, leur forme toujours constante et enfin leur orifice central. Ils sont parfaitement aualogues à ceux qu'on voit dans l'estomac, l'intestin grêle, le cæcum et le colon. » Ce qui est vrai pour ceux-ci doit l'être également pour ceux qui siègent dans la bouche, et le follicule, une fois rompu, ne consiste plus dans une tache proéminente c'est un ulcère superficiel à bords arrondis, quelquefois aussi plus ou moins tuméfiés et presque toujours couronnés d'un cercle inflammatoire d'un rouge feu. Il arriverait souvent que les bords et le centre de cette légère ulcération sécrètent une matière pultacée, blanche, adhérente comme une petite croûte, et finissant par se détacher et par tomber au milieu de la salive de l'enfant. L'auteur distingue soigneusement les aphtes du muguet, de la diphtérie, du sphacèle. « Cependant je ne disconviens pas que les follicules ulcérés de la bouche ne puissent quelquefois se terminer par gangrène. Je veux seulement dire que cette terminaison est bien plus rare que ne semblent l'avoir cru Van Swieten, Rosen, Underwood et beaucoup d'autres ». La cicatrisation n'est jamais bien apparente, dit-il, et la profondeur apparente de l'ulcère ne provient que de l'épaississement de ses bords enflammés et tuméfiés. Il ne parle de l'envahissement de la gorge que

dans la phrase suivante : « Lorsque l'inflammation se propage vers l'arrière-bouche et détermine la tuméfaction des amygdales et de la trachée-artère, le cri des enfants est sensiblement altéré ; c'est ce qui fait dire à Gardien que les enfants manifestaient plutôt leur douleur par des sons rauques que par des pleurs. » Le tempérament lymphatique, un air vicié par l'encombrement et les mauvaises conditions hygiéniques (Gardien, Lapeyrouse, Baudeloque, Auvity) seraient les causes principales des aphtes, ainsi que l'approche de la première dentition, époque où les glandes prennent leur plus grand développement. Les symptômes généraux seraient nuls. « L'enfant ne présente pas de fièvre la plupart du temps. La peau est chaude et sèche, mais son pouls bat avec la plus grande tranquillité [1] ».

Dans l'article de Guersant, le caractère imprécis du mot aphte chez les auteurs est signalé. « Les anciens donnaient ce nom à presque toutes les maladies inflammatoires superficielles de la bouche et même de la vulve. On retrouve sous cette dénomination, dans leurs écrits, les érythèmes simples, les affections pseudo-membraneuses avec soulèvement de l'épithélium par une fausse membrane, des exsudations d'une substance molle et comme caséeuse, de véritables ulcérations et des escarres gangreneuses. Des écrivains modernes ont encore ajouté à la confusion, en inscrivant la gangrène même des parois de la bouche au nombre des maladies qu'on avait déjà désignées sous le nom d'aphtes. Les progrès de l'anatomie pathologique ne permettent plus de confondre ainsi, sous un même nom générique, les altérations mor-

1. Cette absence de fièvre avait déjà était signalée par plusieurs auteurs notamment Underwood.

bides aussi différentes. Ce qui étonne surtout dans ce chaos nosographiques, c'est qu'il ait subsisté si longtemps dans les maladies de la bouche, qu'il est si facile d'observer. Dans ces derniers temps seulement, Willan et Bateman l'ont débrouillé les premiers en élaguant de l'histoire des aphtes toutes les petites phlegmasies de la bouche qui se présentent sous la forme de plaques plus ou moins larges, ou de surfaces ulcérées ou non ulcérées. et en ne conservant sous ce nom que les éruptions de formes vésiculeuses ou arrondies. Ils ont eu cependant encore le tort de réunir des éruptions de formes différentes, et de partager ensuite les aphtes en ceux des nouveau-nés et en ceux des adultes, distinction d'autant plus arbitraire et fausse, que l'une de ces deux éruptions se retrouve également chez les uns et chez les autres ». Voici maintenant pour les *localisations :* « L'aphte est un genre d'éruption qu'on observe sur les membranes muqueuses seulement ; il affecte particulièrement les parties où l'épithélium est le plus apparent, la face interne des lèvres et des joues, les gencives, la langue, le voile du palais, plus rarement le pharynx et plus rarement encore le canal intestinal ». Guersant dépeint ainsi l'évolution du mal : « Cette éruption commence par une petite vésicule transparente, blanche ou d'un gris perlé. Dès le jour même de son apparition, ou au plus tard le lendemain, un bourrelet gris ou blanc, dur à sa base, se développe au-dessous et autour de la vésicule, et lui donne l'apparence d'une petite pustule. Ce caractère pustuleux se développe encore mieux le second et le troisième jour, parce que la vésicule crève, laisse échapper le liquide transparent quelle contient et est remplacée par une petite ulcération plus ou moins

douloureuse. Cette deuxième période de l'aphte, qu'on pourrait appeler la période d'ulcération ou de suppuration, se prolonge ordinairement plusieurs jours, et quelquefois même un ou plusieurs septénaires. Pendant cette période, le bourrelet s'affaisse peu à peu de manière à être de niveau avec les parties environnantes ; l'ulcération s'élargit et se borde d'un petit cercle rouge qui annonce ordinairement la tendance à la cicatrice. Cette troisième période, celle de la cicatrisation, marche très rapidement dès que la petite ulcération est détergée, et souvent s'opère du jour au lendemain, sans laisser aucune trace sur la membrane muqueuse qu'une petite tache rouge qui disparaît promptement ». Ainsi que la plupart des auteurs de l'époque, il distingue une forme *discrète* et une forme *confluente*. « L'aphte discret atteint particulièrement les enfants qui ne sont plus à la mamelle et les adultes. Les pustules sont alors toujours isolées, peu nombreuses, et n'occupent que la bouche. Cette éruption ne s'accompagne pas ordinairement de fièvre ; cependant elle est quelquefois précédée et accompagnée d'un mouvement fébrile avec embarras gastrique ou intestinal. On dit ordinairement, dans ce cas, que l'aphte est symptomatique de la fièvre, que la fièvre n'est pas le résultat de l'éruption. Cette maladie très légère s'observe dans tous les pays, dans toutes les saisons. Elle est cependant beaucoup moins commune en France que la stomatite par petite plaques pseudo-membraneuses qu'on prend tous les jours pour des aphtes. L'aphte éphémère parcourt ordinairement toutes ses périodes dans l'espace d'un septenaire au plus, et quoiqu'il soit quelquefois accompagné d'une douleur vive, il ne donne lieu à aucun accident. La dys-

pepsie, la soif et la fièvre sont les seuls signes de troubles dans les fonctions.

« L'aphte confluent, auquel je donne le nom assez mauvais de *stationnaire*, pour indiquer que sa marche est souvent très lente par opposition à celle de l'aphte *éphémère* qui a souvent parcouru ses périodes en quatre ou cinq jours, est rarement borné à la bouche ; il envahit presque toujours les fosses gutturales, et quelquefois le pharynx et une partie du canal intestinal. L'aphte angineux de Bateman et des auteurs qui ont écrit après lui, n'est qu'une variété de l'aphte stationnaire

« L'aphte confluent est une maladie beaucoup plus rare en France que l'aphte éphémère. Elle est plus commune dans certains pays, en Hollande, par exemple, où elle règne quelquefois d'une manière épidémique et acquiert souvent un caractère très grave ; elle attaque particulièrement les adultes et surtout les femmes en couches. Elle débute ordinairement par des frissons, de la céphalalgie, de la fièvre et des vomissements, ces symptômes se calment ordinairement après l'éruption, la fièvre diminue sans cesser d'être continue ; quelquefois même elle s'accompagne d'exacerbations plus ou moins prononcées. La fièvre ici paraît se rattacher essentiellement à l'éruption, et n'être qu'un des symptômes de la maladie éruptive ; tandis qu'au contraire, dans l'aphte éphémère, la fièvre, quand elle existe, est ou accessoire ou concomitante, mais dépend de toute autre cause que de l'éruption. Dans l'aphte stationnaire, la déglutition est presque toujours plus ou moins douloureuse, en raison du nombre plus ou moins considérable des pustules qu'on observe sur le voile du palais et dans les fosses gutturales. Elles sont quelquefois si nombreuses qu'elles

paraissent comme confluentes. Elles simulent alors assez l'éruption varioleuse dans le cas où elle occupe la bouche, le voile du palais et une partie des fosses gutturales. Lorsque l'éruption s'étend à toutes ces parties et est très nombreuse, comme j'ai eu occasion de l'observer une seule fois, le malade est tourmenté d'angoisses précordiales, d'anxiété, de nausées et même de vomiturition. Si l'éruption se propage ainsi jusqu'au canal intestinal, les douleurs abdominales, la diarrhée, et souvent même des symptômes typhoïdes accompagnent les autres symptômes que nous avons indiqués, et alors la maladie peut quelquefois se prolonger jusqu'au delà du troisième septenaire et se terminer par la mort, comme chez une femme en couches que j'ai eu occasion d'observer. Malheureusement il m'a été impossible de m'assurer par la nécropsie si l'éruption aphteuse s'était développée, dans ce cas, sur le canal intestinal comme le prétendait Ketelaer et plusieurs autres auteurs, ou si la malade était seulement atteinte d'une entérite sans éruption intestinale. C'est un point obscur de la pathologie de l'aphte que l'anatomie pathologique n'a pas encore mis en lumière. Les cas de véritables aphtes confluents dans la bouche, dans le pharynx, sont extrêmement rares, même chez les femmes en couches, car Cruveilhier, qui a souvent observé l'angine pseudomembraneuse à l'hôpital de la maternité, m'a assuré n'avoir jamais vu l'éruption aphteuse dont il est ici question.

« Dans tous les cas d'aphte confluent, même lorsque la maladie n'a pas envahi l'intestin, ou ne coïncide point avec une altération morbide quelconque du canal intestinal, la marche de l'éruption qu'on observe dans la

bouche est assez constamment lente. La période d'ulcération dure souvent plus d'un septenaire, et la guérison se fait toujours attendre au moins douze à quinze jours ».

Malgré les excellents travaux de Billard, de Gardien, de Guersant, les habitudes de terminologie inexacte, à propos du mot aphte, étaient si enracinées qu'Antoine Dugès distingue encore, dans son article du *Dictionnaire en 15 volumes*, des aphtes érythémateux, couenneux [1], ulcéreux, gangreneux [2]. La première de ces variétés, qui se rapporte seule à l'affection telle qu'elle est comprise aujourd'hui, différerait, suivant les cas, en intensité et en étendue ; elle serait primitive, secondaire et parfois critique. Au palais, les vésicules seraient plus larges, plus aplaties, plus inégales, plus ridées qu'à la langue. Bien que l'épiderme puisse se soulever et même se boursoufler, la phyctène vraie serait assez rare.

L'article du *Dictionnaire de médecine* de Fabre, sans être original, est une assez bonne mise à point des connaissances de l'époque. « Cette expression d'aphte est employée généralement aujourd'hui pour désigner des papules ou des vésicules formées dans la bouche, mais s'étendant quelquefois dans l'œsophage et jusqu'à l'estomac et pouvant se terminer par ulcération. Comme on le voit, nous donnons à ce mot un sens beaucoup plus restreint que ne l'ont fait quelques auteurs modernes qui comprennent, sous le même titre, la stomatite érythémateuse, le muguet et la gangrène de la muqueuse buccale, maladies fort différentes les unes des autres ».

1. Ce terme désigna longtemps le muguet.
2. En Angleterre, ce mot désigna, presque jusqu'à la fin de la période que nous étudions, la diphtérie buccopharyngée.

Seules les variétés vésiculeuses et ulcéreuses sont admises. Comme facteurs morbides sont cités les climats froids et humides (Ketelaer, Van Swieten), les locaux malsains privés d'air, de lumière, malpropres, les aliments irritants ou trop chauds, l'embarras gastrique, les entérites, les fièvres graves. « Les aphtes se montrent spécialement à la face interne de la lèvre inférieure et des joues, sur les parties latérales et inférieures de la langue, sur les *amygdales* et le *voile du palais* ». Ces petites phlyctènes résulteraient de la surdistension séreuse des follicules mucipares. Quant aux phénomènes réactionnels, « l'apparition des aphtes est quelquefois précédée de symptômes généraux surtout chez les jeunes sujets. On observe alors un malaise général, un léger mouvement fébrile avec malaise à la bouche, soif, nausées, tantôt il y a en même temps constipation, tantôt, au contraire, il y a de la diarrhée ; au bout d'un temps variable après l'apparition de ces phénomènes, l'éruption se déclare ; on voit alors se manifester dans une ou plusieurs des parties que nous avons signalées comme le siège habituel des aphtes de petits points saillants, rouges, douloureux, durs, qui ne tardent pas à blanchir à leur sommet en conservant une teinte d'un rouge vif, et une dureté notable à leur base ; c'est le passage de la forme papuleuse à la forme vésiculeuse. Dans certains cas même, il se forme de véritables pustules, mais c'est là le moins commun. Quelquefois au centre on voit un petit point coloré. L'éruption est tantôt rare et discrète, tantôt confluente, et dans ce cas toute la muqueuse de la bouche peut en être recouverte ; elle offre alors un aspect piqueté de blanc et de rouge tout à fait particulier et bien reconnaissable. Les aphtes

peuvent s'arrêter à l'état vésiculeux, rester ainsi stationnaires quelque temps et s'éteindre peu à peu, ou bien continuer leur marche et présenter les phénomènes suivants : l'épithélium qui recouvre le vésicule ne tarde pas à se rompre, et le liquide épais et blanchâtre renfermé dans celle-ci s'épanche librement. On voit alors un petit ulcère superficiel arrondi, à bords quelquefois taillés à pic, mais toujours d'un rouge très vif. Le fond de cette ulcération est d'un blanc légèrement grisâtre dû à une exsudation de matière épaisse et comme pultacée ». L'auteur fait remarquer qu'en se confondant, ces ulcères peuvent former de larges plaques dénudées à fond grisâtre très douloureux. On observerait parfois des poussées successives.

La véritable nature des aphtes devait bientôt soulever des controverses. Worms en fait une affection folliculaire (*Gazette hebdomadaire médicale et chirurgicale*, 1864), mais de toute autre signification que celle supposée par Billard. Suivant lui, la caractéristique de l'aphte serait dans son exsudation grasse qui le rapprocherait beaucoup de l'acné. La vésicule « débute toujours par un soulèvement épithélial de un à deux millimètres de diamètre ; le terme décollement me semblerait même préférable à celui de soulèvement, car il n'existe aucune différence de niveau sur la muqueuse buccale, à quelque endroit de celle-ci (lèvres, gencives, langue, amygdales) que l'aphte se développe ». Très souvent le début passerait inaperçu. Il faut une très grande attention pour apercevoir l'aphte dans cette période initiale, car un des caractères qui aident le plus les recherches dans une période ultérieure, un sentiment de douleur assez vive n'existe pas encore ; le malade n'éprouve jusque là

qu'une très petite gêne et encore ne l'apprécie-t-il que lorsque son attention a été vivement sollicitée par le médecin. Mais avec cette précaution, il m'est arrivé fort souvent d'être dirigé par des malades sujets à l'affection aphteuse, sur le début de leur mal.

« Le décollement de l'épithélium est parfaitement transparent et recouvre un point jaunâtre uniforme entouré d'un cercle rouge fort étroit. La pellicule qui le constitue est formée uniquement par des cellules épithéliales. Dès qu'on l'a déchiré, le point découvert devient très douloureux, surtout si l'aphte siège sur la langue. Les malades se plaignent très souvent de douleurs vives occasionnées par des aphtes du bout de la langue, qu'on ne peut encore distinguer qu'à la loupe. Le décollement épithélial ne s'étend jamais au delà de cette limite de un à deux millimètres, et ne persiste qu'un ou deux jours, puis l'épithélium se déchire et met à nu l'exsudat jaunâtre que l'on distinguait déjà à travers la pellicule. *Je n'ai jamais pu constater l'existence d'un liquide* entre l'épithélium et l'exsudat. L'exsudat aphteux m'a présenté des caractères tellement constants et tellement identiques chez tous les malades que j'ai observés, que je crois pouvoir assurer que c'est le signe pathognomonique de l'affection à laquelle il conviendrait exclusivement de donner la dénomination d'aphtes. C'est une *matière jaunâtre, de la consistance et de la coloration du beurre frais* ; elle recouvre entièrement le derme dénudé, au moment où l'épithélium décollé vient d'être déchiré. Avec la pointe d'une lancette on l'enlève facilement. Disposée sur une plaque de verre, elle se dessécherait rapidement. Au microscope on constate l'existence de globules graisseux réfractant un peu moins la lumière

que ceux du lait et à bords moins nettement accentués. » Ces éléments seraient souvent réunis par petits groupes et auraient alors une forme plus ou moins polyédrique. Les acides ne les modifieraient point, mais l'acide acétique détruit leur enveloppe et met en liberté les particules graisseuses. L'éther sulfurique les dissout instantanément. Worms se croit donc autorisé à conclure qu'il s'agit d'une variété de matière sébacée. La réparation de l'ulcère qui a succédé à la vésicule se ferait de la circonférence au centre, et vers la fin on ne retrouverait plus qu'un tout petit point jaune central qui conserve jusqu'au dernier moment les caractères de l'exsudat signalés plus haut.

En Allemagne, quelques auteurs soutinrent au contraire qu'il s'agissait bien d'une affection vésiculeuse, mais sans rapport avec les orifices glandulaires, et pouvant se rencontrer en n'importe quel point de la cavité buccale, où un simple soulèvement épithélial la constitue.

Banberger (*Handbuch der speciell Pathologie*, Virchow. Erlangen, 1864, VIe volume, p. 33) distingue, au point de vue anatomique, deux formes principales : les aphtes des nouveau-nés et les aphtes de l'adulte. La première aurait pour siège presque constant la partie du palais qui touche au voile et avoisinerait en même temps le rebord alvéolo-dentaire. Le plus souvent sa disposition serait symétrique, c'est-à-dire qu'elle présente une répartition assez analogue à droite et à gauche de la ligne médiane. Après un premier stade de congestion, on apercevrait, sous l'épithélium resté parfaitement intact, des taches exsudatives grisâtres ou jaunâtres, dont la grosseur varie de celle d'une tête d'épingle à celle d'une lentille et s'accompagne tout autour d'une légère

réaction inflammatoire. Peu à peu, la tache augmenterait d'étendue jusqu'à recouvrir une surface de cinq lignes, parfois aussi deux taches voisines se confondent pour en former une autre beaucoup plus grande. Insensiblement l'exsudat, d'après l'auteur, se décompose, se liquéfie, la lame épithéliale qui le recouvre se détache habituellement par ses bords, rarement par son milieu, et laisse à découvert une ulcération superficielle arrondie correspondant, comme grandeur, à la tache précédemment décrite et reposant sur le tissu cellulaire sous-muqueux. Elle ne tarderait pas à se recouvrir à nouveau d'épithélium. Le siège ne paraît pas uniquement folliculaire, comme l'ont soutenu Billard, Rilliet et Barthez, etc. ; car jamais on ne remarque sur la tache l'ouverture glandulaire signalée par ces auteurs. D'ailleurs, ni la forme ni la grosseur ne correspondent exactement à la forme et à la grosseur d'une glande. Les recherches nécropsiques faites par Bamberger ne sont pas favorables non plus à l'hypothèse folliculaire.

Les aphtes des adultes semblent bien au contraire de nature glandulaire. Elles siégeraient de préférence sur la langue et sur les joues ou sur les bords libres des lèvres. Elles constituent d'abord une petite éminence rosée de la grosseur d'un grain de mil qui se transforme rapidement en une vésicule transparente, brillante et semblable à une perle. Elle atteint souvent, en se développant progressivement, le volume d'une lentille et finit par contenir une sérosité trouble et lactescente. Quand elle crève, elle est remplacée par un ulcère superficiel arrondi à bords élevés, un peu indurés, qui guérit du reste rapidement par épidermisation de sa surface, mais il reste comme trace de son existence une tache rosée

plus ou moins durable. Cette deuxième forme est discrète ou au contraire confluente. Il peut exister des poussées successives, de telle sorte qu'il est possible d'observer dans la cavité buccale à un même moment, mais en des endroits différents, les différents stades évolutifs dépeints plus haut. L'étiologie de l'affection serait encore mal connue, mais la misère, les logements insalubres, humides, mal aérés, malpropres, la première dentition, l'action irritante du tabac, etc., auraient une influence incontestable. Parfois il existerait aussi des affections stomacales et intestinales graves et tenaces ; parfois encore, mais plus rarement, des maladies pulmonaires chroniques. Conséquemment, à côté des causes locales, les plus fréquentes et les plus nombreuses, il y aurait des causes générales, et, dans ces faits, les aphtes ne constitueraient qu'une affection secondaire. Les manifestations générales, notamment la fièvre, les désordres gastro-intestinaux ne s'observeraient que dans les cas compliqués et la réaction buccale elle-même n'est gênante que si les aphtes sont plus nombreux que d'habitude. La guérison s'obtiendrait dans un espace de temps allant de six à trente jours (Bednar). Les manifestations gutturales se verraient surtout dans les formes confluentes à évolution gangreneuse, mentionnées par un certain nombre d'auteurs hollandais et qu'on n'observerait pas en Allemagne. L'aspect de la cavité bucco-pharyngée simulerait celui d'une éruption variolique très abondante. En somme, la plupart du temps, les aphtes primitifs constitueraient une affection sans aucune sorte de danger.

A côté des aphtes locaux, on avait distingué de bonne heure des aphtes constituant l'expression d'un trouble

général de l'économie, comme le prouve le passage suivant emprunté à l'excellent article que Martineau a consacré à cette affection dans le *Dictionnaire de Jaccoud*. Après avoir cité les facteurs étiologiques bien connus : tempérament lymphatique, prédispositions aux affections goutteuses, prédisposition héréditaire (Barthez), froid humide et aussi chaleur humide suivant Schemenberg qui les a souvent observés à Sumatra et Java et les a décrits sous le nom d'aphtes indiens, les mets irritants ou trop chauds, il fait allusion ensuite à une série de causes qui tendraient à faire des aphtes l'expression d'une maladie générale. « D'autres fois, cette éruption sera symptomatique d'une inflammation gastro-intestinale, et on verra certains individus, pour le moindre accès, être affectés d'aphtes qui, en se renouvelant très souvent, forment une éruption presque continuelle. Un état saburral des premières voies pourra même donner lieu à son développement. On pourra, de même, les observer dans certaines constitutions médicales. Cette éruption, enfin, pourra être consécutive à un état général plus ou moins grave, à un état fébrile chronique, à des maladies chroniques, telle qu'entérite chronique, tuberculisation chronique. Ce sont des accidents assez fréquents dans le cours de l'état puerpéral, dans la grossesse. Ils surviennent encore dans certaines affections fébriles continues et dans quelques maladies épidémiques propres aux pays humides (Rœderer).

« Cette opinion de considérer l'éruption aphteuse comme consécutive, comme symptomatique, soit d'une maladie du tube intestinal soit d'une maladie générale, n'a pas été admise sans conteste. Sans vouloir rapporter ici toutes les controverses, je dirai que pour Ketelaer,

comme pour Gardien, les aphtes sont vraiment critiques et qu'on ne peut pas les considérer comme un simple symptôme. Le docteur Simonet n'est pas éloigné de considérer l'éruption aphteuse comme une éruption critique que l'on peut comparer à celle de l'herpès. En effet, il a vu très souvent chez les jeunes enfants, à l'époque de la dentition, lorsqu'il survient des complications soit du côté des poumons, soit du côté du tube digestif, ces complications disparaître et être remplacées par une éruption aphteuse dans la bouche des petits malades ; aussi pour lui l'aphte et l'herpès sont une seule et même éruption ».

Et l'auteur conclut : « D'après ce qui suit, l'éruption aphteuse doit donc être considérée de trois manières différentes, quant à son développement; tantôt c'est une affection purement locale, survenant sous l'influence de causes nettement définies, tantôt elle est l'expression de maladies générales portant soit sur le tube intestinal, soit sur une autre partie de l'organisme. Tantôt, enfin, elle constitue un phénomène vraiment critique, si toutefois il est permis de nos jours, de donner ce nom à un phénomène quelconque ».

Jaccoud (*Traité de pathologie interne*, 1[re] édition) se fait l'écho des doctrines de Banberger. Contrairement à certains nosologistes français, il distingue soigneusement, à l'exemple de Bateman, les aphtes des nouveau-nés de ceux des adultes. La localisation palatine, le siège non folliculaire, la forme des vésicules, l'abondance variable dans certains cas justifieraient cette séparation.

Suivant Vogel (*Ziemssen's Handbuch der speciell pathologie*, VII[e] volume, 1[re] partie, p. 43), les causes des aphtes seraient en général celles de la stomatite catarrhale;

cependant il y aurait aussi d'autres facteurs morbides, tels que les règles et la lactation (stomatites vésiculaires maternelles des anciens auteurs), les troubles gastro-intestinaux, etc. La fièvre aphteuse des bêtes à cornes se transmettrait parfois à l'homme soit directement, soit par le lait (Röll, Bollinger). Les enfants de descendance scrofuleuse et tuberculeuse en seraient particulièrement atteints, concomitamment avec la conjonctive phlycténuaire. Il nie formellement l'existence de vésicules ; il s'agirait d'une illusion. Ainsi, sur le bord de la langue, les papilles grossies prennent un aspect blanchâtre et transparent ; on aurait donc conclu faussement de la formation des ulcères de la peau à la formation des ulcères sur la muqueuse buccale. Les ulcères aphteux, en réalité primitifs, ne demanderaient que quelques heures pour apparaître.

---

d) Manifestations pharyngées d'origine dentaire.

S'il est exact de dire que l'angine dentaire n'a sérieusement attiré l'attention des praticiens qu'au cours de ces dernières années, sa connaissance est cependant de date assez ancienne. Sa première variété ou fluxion dentaire compliquée d'amygdalite avec une tuméfaction concomitante du tissu cellulaire des parties ambiantes, des ganglions lymphatiques de la région et même des glandes salivaires du voisinage, et dans laquelle, par conséquent, les phénomènes propres au pharynx sont mêlés plus ou moins confusément au complexus symptomatique total, a été même signalée au XVIII[e] siècle ;

mais la forme clinique la plus intéressante, la tonsillite, en apparence isolée, se développant sous l'influence d'une carie dentaire ou de l'éruption d'une dent de sagesse ne fut mentionnée qu'au début du XIXe siècle. Nous insisterons peu sur la première parce que la pathogénie des accidents est ici évidente et que l'inflammation des amygdales, en général peu grave, n'attire l'attention que d'une façon secondaire. Il n'en est pas cependant toujours ainsi ; Bérard aîné aurait vu survenir parfois des angines phlegmoneuses d'origine dentaire fort graves, qui se terminèrent par la mort. A propos de ces fluxions dentaires compliquées d'amygdalite, on peut consulter l'article de Fournier [1] dans le *Dictionnaire en 60 volumes* et celui d'Oudet dans le *Dictionnaire en 40 volumes*.

La tonsillite dentaire isolée, beaucoup plus intéressante à cause des erreurs de diagnostic auxquelles elle expose, semble avoir été décrite pour la pemière fois par Toirac [2] à propos des diverses déviations dont est susceptible la dernière molaire (*Revue de médecine*, 1828, t. I, p. 411). Il s'agit d'une série d'amygdalites successives, prenant peu à peu la forme chronique et qui guérirent dès qu'on se douta de la nature véritable

1. « Lorsqu'elle survient aux mêmes dents inférieures, les arcades dentaires sont serrées, la mâchoire ne peut souvrir, le cou est raide, tuméfié, douloureux; les glandes du cou et la tonsille sont tuméfiées, le malade ne peut avaler et la salivation est par cette raison très considérable. (carie). »

2. Art. fluxion « Lorsque la fluxion est causée par une molaire inférieure, les arcades dentaires sont serrées et ne peuvent s'écarter; le cou est raide tuméfié, les glandes sous maxillaires et les amygdales sont gonflées ; le malade ne peut avaler sa salive ce qui détermine une salivation très fatigante. »

A propos de l'éruption de la dent de sagesse et des accidents qu'elle détermine, p. 44, « l'irritation gagne les parties voisines, la gorge s'enflamme, la fluxion se développe. »

des accidents morbides. Le cas fut bien observé dans tous ses détails, car il se rapporte à un étudiant en médecine, Fiard, qui a pris lui-même son observation et la communiqua à Toirac. « Dans l'été de 1821, dit-il, je fus atteint d'une légère douleur dans la gorge. En novembre, l'amygdale droite s'enflamma ; des sangsues, un sinapisme la firent cesser. La gorge resta douloureuse, et la déglutition était fort difficile. Tous les moyens imaginables furent vainement mis en usage jusqu'au commencement de 1823. Les médecins les plus réputés, pas plus que moi, ne purent en reconnaître la cause et m'apporter le moindre soulagement. Tous les traitements, voire le traitement antisyphilitique (que je refusai), ne calmèrent en rien mon état.

« Je ne cessais d'examiner le fond de ma bouche, d'explorer tous les jours le lieu où siégeait cette douleur ; mes amis et moi n'y trouvions qu'un gonflement de l'amygdale droite. Toutes mes dents étaient parfaitement saines ; les gencives paraissaient dans une intégrité parfaite. On me conseilla l'amygdalotomie et j'y étais presque disposé, quand je remarquai que la dent inférieure gauche *dite de sagesse* manquait ; en pressant contre l'apophyse coronoïde, j'éprouvais une douleur sourde. Avec un stylet, je soulevai la partie des chairs qui recouvraient la partie postérieure de la deuxième molaire, j'y sentis un corps dur et je devins certain qu'une large et très grosse dent parfaitement sortie de son alvéole gisait très profondément dans les chairs. Je saisis un bistouri et incisai largement la gencive d'arrière en avant. Le soulagement et la disparition de la douleur furent subits. Enfin la dent mise a nu me montra la cause unique de mes longues souffrances. »

Rust (*Handbuch der Chirurgie*, Berlin, 1830, vol. II, p. 88), a signalé la production d'amygdalites sous l'influence de lésions dentaires fort variées, mais principalement à la suite de l'éruption de la dent de sagesse.

Il en est de même de Robert qui, après avoir mentionné Toirac, rapporte un autre cas où il se produisit, à la suite de l'éruption de la dent de sagesse de la mâchoire supérieure, une inflammation staphylienne assez marquée. « Je me rappelle un jeune homme de 19 à 20 ans, chez qui le voile du palais était enflammé, et la luette, hypertrophiée par le fait de la phlegmasie, pendait sur la base de la langue et causait de l'anorexie, des vomissements, enfin donnait lieu, depuis plusieurs mois, à un ensemble de symptômes qui pouvait faire croire à une maladie de l'estomac. » Et il conclut : « Chez ce jeune homme, tous les accidents que je viens d'énumérer étaient dus à l'inflammation provoquée par la dent de sagesse. Aussi ne saurais-je trop recommander, devant de pareils phénomènes, se présentant chez des individus qui sont dans l'âge où les dents de sagesse se développent, de rechercher d'abord s'ils ne dépendent pas de l'évolution dentaire. »

Tott (*Ueber einen Art von Angina in Neuer*, Hambourg, *Zeitschrift*; voir aussi *Schmidt's Jahrbuch*, 1825, IVe supplément, p. 292) a vu aussi l'amygdalite succéder à l'extraction des dents; mais ici il s'agit d'un traumatisme de la cavité buccale.

Magitot mentionne la participation des amygdales aux complications inflammatoires d'origine dentaire, sans insister du reste sur le sujet.

Icard est plus intéressant à consulter, dans son inté-

ressant mémoire qui a été lu à la Société des sciences médicales de Lyon. Après avoir rappelé les faits rapportés par Toirac et par Robert, il fit connaître trois observations nouvelles de phlegmasies gutturales déterminées par l'éruption de la dent de sagesse. « Le premier malade qui s'est offert à mon observation est un jeune homme de 27 ans, d'une bonne santé habituelle, qui depuis six ou sept ans éprouvait plusieurs fois dans l'année des angines tonsillaires, des douleurs vives et des fluxions dont le point de départ était l'évolution laborieuse de la dent de sagesse du côté gauche de la mâchoire inférieure. L'année dernière les douleurs devinrent plus vives, et il se déclara en même temps une stomatite ulcéreuse localisée dans la moitié gauche de la bouche. La gencive qui recouvrait la presque totalité de la couronne dentaire était rouge tuméfiée et le siège d'une ulcération profonde et à bord grisâtre. » Les gargarismes étant restés sans effet, ainsi que le débridement de la gencive, on dut cautériser avec l'acide chlorhydrique fumant, comme l'avait fait Robert ; guérison qui s'est maintenue depuis cinq mois. « Chez deux autres malades, les accidents consistèrent en douleurs vives localisées sur la gencive qui était en même temps rouge et luisante et soulevée par la dent de sagesse. » Les accidents disparurent par une incision cruciale. Dans la discussion, Boudet dit avoir vu des ulcérations du fond de la bouche qui auraient pu en imposer pour le scorbut ou pour la syphilis.

Follin et Duplay se bornent à constater brièvement, à propos de l'amygdalite phlegmoneuse, que cette affection résulte parfois de l'éruption de la dent de sagesse.

B. — LÉSIONS INFLAMMATOIRES NODULAIRES

a) Déterminations pharyngées de la syphilis.

Coup d'œil général. — Depuis son apparition si inopinée et si brutale au siège de Naples, la syphilis n'a jamais manqué d'historiens. Or, parmi ses manifestations variées et multiples, celles qui atteignent la gorge sont si fréquentes, si gênantes et surtout si tenaces, qu'elles ont de bonne heure éveillé l'attention. Dès le XVIe siècle, l'érythème, les plaques muqueuses, et même les ulcères gommeux, ont été signalés d'une façon suffisamment précise, quoique très succincte. La tâche qui s'imposera aux syphiliographes du XIXe siècle sera de caractériser d'une façon plus scientifique ces différentes lésions, englobées sous le terme fort vague d'ulcères vénériens, et surtout d'en assurer le diagnostic mieux que n'avaient fait leurs prédécesseurs. Pendant quelque temps ils essayeront, comme pour les affections dartreuses, d'appliquer aux syphilides muqueuses ou cutanées la classification de Willan et de Bateman ; mais les nécessités de la clinique leur démontreront l'urgence de compléter le point de départ trop exclusivement anatomique de celle-ci par la notion si importante en vénéréologie de l'ordre d'apparition des accidents morbides. La plaque muqueuse leur paraîtra de plus en plus une lésion *sui generis* et bien

distincte. L'érythème, signalé autrefois par Trojà (angine syphilitique) et par Swediaur, trouvera des observateurs avisés ; et il en sera de même pour le chancre induré dont le siège buccopharyngien fut si longtemps méconnu. Mais ce sera principalement sur le processus gommeux, à peine entrevu autrefois, que s'accompliront les plus utiles progrès. On mettra enfin en lumière ces adhérences, ces rétractions cicatricielles qui succèdent aux pertes de substances étendues ; en un mot, on apprendra enfin à connaître les rétrécissements syphilitiques du pharynx, si funestes au bon fonctionnement de l'organe.

Etat des connaissances sur la question vers la fin du XVIII[e] siècle. — Dès le XVI[e] siècle, Leonicenus parle des aphtes très fréquents que l'on trouve dans la gorge des vénériens. Faventinus a rapporté une observation fort curieuse d'un chancre infectant bucco-pharyngé. Jacob, de Catane, a signalé que le mal peut ronger les amygdales et perforer la voûte palatine. Nicolas Massa note que les ulcères de gorge d'origine syphilitique sont ou très *précoces* ou très *tardifs*. Fallope, Zacutus Lusitanus nous ont laissé d'assez bonnes descriptions de la perforation palatine. Le tertiarisme se montrait au XVI[e] siècle, du reste, avec une précocité et une fréquence que l'on ne retrouve plus actuellement dans nos pays d'Europe, et ceci devait faciliter singulièrement l'observation. Malheureusement les données ainsi recueillies étaient rapportées d'une façon beaucoup trop sommaire et par cela même difficilement utilisable. Leur nature spécifique n'était affirmée que parce qu'on les rencontrait chez des syphilitiques et qu'ils paraissaient plutôt subir les bons effets du traitement mercuriel. On se bornait à penser que généralement ces affec-

tions de la gorge avaient une tendance *rongeante* ; et, bien que certains syphiliographes eussent signalé l'existence de manifestations érythémateuses, on englobait l'ensemble sous le terme très vague d'ulcères vénériens. Malgré Faventinus et quelques autres, affirmant que le mal pouvait siéger primitivement dans la cavité bucco-pharyngée, on pensait que celle-ci n'est prise qu'au moment où le mal envahit l'organisme tout entier. On s'appesantissait peu aussi sur le moment où ils faisaient leur apparition, bien que des ulcères très tardifs eussent été mentionnés depuis longtemps et qu'on n'ignorât point les difficultés spéciales du diagnostic qui en résultent. D'ailleurs, comme nous l'avons dit précédemment (voir le deuxième volume de cet ouvrage), la vénéréologie subit un véritable temps d'arrêt au XVIIe siècle et pendant une grande partie du XVIIIe siècle, au moins au point de vue qui nous occupe. Ni Boerhaave, ni Van Swieten, ni Astruc, ne sont intéressauts à consulter.

Période de Hunter[1]. — HUNTER a fait faire par contre un progrès très important à l'étude de la syphilis en distinguant une phase purement locale et une phase généralisée. Dans celle-ci, il distingue des accidents précoces et des accidents tardifs et profonds, s'attaquant par exemple aux os, aux cartilages et aux viscères. Mais ce grand esprit, qui a accompli en anatomie, en chirurgie et en syphilographie des travaux si remarquables, était beaucoup plus préoccupé de résoudre des questions de doctrine à propos de vénéréologie, que de s'attarder à la description détaillée des symptômes. Aussi il se borne à affirmer, comme la généralité de ses

1. Nous étudierons ici cette période parce qu'elle se prolonge dans le cours du XIXe siècle.

devanciers, le caractère ulcérant des déterminations buccopharyngées d'origine syphilitique ; cependant il sent la nécessité qu'il y a de prévenir les confusions trop aisément possibles avec les différentes lésions qui les simulent. Les pertes de substances assez longues parfois à cicatriser, qui succèdent à la rupture d'un abcès amygdalien, ont, dit-il, un aspect irrégulier, anfractueux ; il en serait de même des altérations morbides de mauvaise nature qu'on observerait assez souvent chez les scrofuleux. Il faudrait en distinguer aussi certaines ulcérations très étendues mais peu profondes qui ne sont pas modifiées par le mercure. « Le véritable ulcère vénérien de la gorge est peut-être, de toutes les formes de la maladie, celle qui est le moins susceptible de donner lieu à des erreurs de diagnostic. C'est une perte de substance bien caractérisée. On dirait qu'une portion de tissu des amygdales a été enlevée par arrachement. L'ulcère a des bords bien déterminés ; son fond est ordinairement putride (d'un gris sale) et à sa surface adhère une matière blanchâtre, épaisse, semblable à une escarre et qui ne peut être enlevée que par le lavage. Dans cette région, les ulcères sont toujours humides, le pus ne peut s'y dessécher et former des croûtes comme sur les ulcérations de la peau. D'ailleurs le pus étant emporté de la surface ulcérée par l'acte de la déglutition et par les mouvements propres aux parties, il ne peut se former comme à la peau une série de croûtes qui se succèdent. » Ceci semble se rapporter surtout peut-être aux accidents secondaires compliqués ; et c'est pourquoi Hunter pense que la guérison de ces ulcères bucco-pharyngiens se fait beaucoup plus vite que sur le tégument externe ; la douleur y serait également plus prononcée.

Se rendant compte de la nécessité qu'il y a d'expliquer la prédilection de la vérole pour le nez et pour la gorge, il invoque comme cause secondaire déterminante, fixant en quelque sorte le virus vénérien dans ces cavités, l'action du froid et non l'alcool et le tabac (comme il aurait dû le faire au moins pour le gosier). Ce facteur étiologique, qui est valable surtout pour les fosses nasales et beaucoup moins pour les amygdales et pour le voile, est évidemment une explication ingénieuse *à postériori* des faits observés.

Swediaur est plus explicite qu'Hunter. Il a signalé de la façon la plus nette l'érythème bucco-pharyngé syphilitique. « Quand le virus, dit-il, est absorbé dans la masse du sang, il porte le plus souvent sa première action sur la gorge. Le malade accuse peu de douleur ou simplement du malaise, de la déglutition pénible. En examinant la gorge on ne trouve parfois qu'un gonflement considérable des amygdales et de la luette, accompagné d'une rougeur vive qui s'étend aux parties environnantes. » Cependant ces symptômes légers seraient singulièrement tenaces. « Le malade ne soupçonne pas même la cause, croit avoir pris du froid et le praticien routinier prescrit des gargarismes résolvants et des remèdes diaphorétiques ou purgatifs, qu'on continue ainsi pendant des jours et des semaines entières. Mais le mal, au lieu de diminuer, gagne en étendue, jusqu'à ce que finalement le malade ou le médecin commence à soupçonner la véritable nature de l'affection ou qu'un nouveau médecin appelé découvre la cause réelle du mal. » Il est évident qu'à l'érythème ont succédé les plaques muqueuses bien plus durables. Swediaur s'est rendu compte jusqu'à un certain point de ce changement dans l'allure du phénomène. « Ces esqui-

nancies durent rarement longtemps sans qu'il se forme un ulcère dans les amygdales, à la luette ou à l'arrière-bouche ou au pharynx même, qui, dans ce cas, en comprimant les orifices des trompes d'Eustache, produit une surdité partielle très désagréable ou du bourdonnement, du tintement d'oreille.» Le siègc parfois très profond des ulcères vénériens de la gorge fait qu'ils sont alors très difficiles à découvrir.« Ils sont, dit-il, parfois tellement situés ou si profondément placés, qu'il n'est pas facile de les découvrir à première vue et cela peut quelquefois induire en erreur sur la nature de la maladie.» Dans un cas semblable, en enfonçant plus que d'habitude l'abaisse-langue et en déprimant fortement les parties, il est arrivé chez des hommes ayant dépassé la quarantaine de trouver très avant de la gorge un ulcère de cette nature. Leur fond serait couvert d'une croûte blanchâtre très épaisse et leurs bords relevés, indurés, d'une teinte rougeâtre, ainsi que les parties avoisinantes. Il s'agit évidemment d'ulcères gommeux, d'accidents tertiaires ; or Swediaur connaissait parfaitement la venue tardive des gommes syphilitiques. Le virus, affirme-t-il, peut rester si longtemps dissimulé dans la masse du sang, que les accidents qu'il détermine par la suite sont très difficiles par cela même à reconnaître. Notons qu'il sait différencier déjà les ulcères syphilitiques proprement dits de ceux que produit assez souvent la stomatite mercurielle à la suite des traitements trop intensifs, abus très fréquents à son époque.

Bien qu'il ait paru au début du XIXe siècle, l'ouvrage de BELL, par l'âge de l'auteur et par les idées qui y sont émises, appartient encore à la période précédente. Il rattache les manifestations gutturales de la vérole à la

R.BLANCHARD
PROF. FAC. MÉD. PARIS

syphilis constitutionnelle, mais reconnaît qu'elles ne se suivent pas dans un cycle chronologique déterminé[1]. « Je l'ai vue se fixer sur la gorge dix jours après l'apparition du chancre. D'autres fois, au contraire, la gorge reste saine plusieurs mois après que toutes les marques externes de la maladie ont disparu. » Lorsque le bubon existe, il retarderait incontestablement l'apparition des accidents gutturaux syphilitiques, parce que le virus est arrêté d'abord et n'est repris ensuite par les lymphatiques que quand cette tumeur commencerait à se ronger. Comme Swediaur, Bell insiste sur le peu de douleur que causent les ulcères vénériens de la gorge. Il n'existerait qu'une sensation de plénitude, d'ardeur et un peu de dysphagie. Bien qu'on en puisse retrouver sur le voile, ces lésions prédomineraient principalement du côté des amygdales et présenteraient les caractères suivant qui s'appliquent à la plaque muqueuse, mais aussi au processus gommeux. « Ces ulcères sont communément petits la première fois qu'on les aperçoit, mais toujours sordides et accompagnés d'un léger gonflement et d'une rougeur érysipélateuse des parties contiguës. La lésion reste en général fort longtemps au même point ; elle ne pénètre pas fort avant et ne s'étend pas beaucoup plus qu'à son début ; d'autres fois cependant, si l'on emploie sur-le-champ les remèdes les plus efficaces, elle creuse et s'étend extraordinairement, souvent même avec une telle rapidité que j'ai vu la luette et les environs être affectés en peu de jours ; quelquefois l'ulcère donne seulement, à mesure qu'il fait des progrès, une apparence sordide aux parties voisines ; elles se couvrent d'une escarre jaunâtre, à peu près semblable à la croûte qu'on aperçoit dans le sang

1. En effet, l'ordre chronologique de Ricord est loin d'être invariable.

lors des phlogoses. Dans d'autres cas, au contraire, il s'étend sous la forme d'ulcère phagédénique, et ses progrès sont marqués par la destruction des organes sur lesquels il se porte. Il n'abandonne quelquefois une amygdale qu'après en avoir rongé une grande portion. Le plus souvent cependant, il s'étend le long de l'arcade qui réunit à la luette l'amygdale malade, et ces parties, ainsi que celles qui sont contiguës au voile du palais, sont d'ordinaire détruites avant que l'autre amygdale ne soit affectée.»

L'auteur remarque que, même si ces ulcères sont très vastes et très profonds, l'indolence continue comme précédemment, sauf pendant la déglutition qui devient assez pénible. « On ressent dans toute la gorge un malaise général et très disgracieux. La douleur est cependant rarement aussi vive que paraîtrait l'annoncer l'étendue et l'apparence de ces ulcères. » Pour que les souffrances atteignent un certain degré, il faudrait que les altérations morbides et les parties attenantes deviennent le siège d'une inflammation aiguë, dénaturée, vulgaire. « Quand les douleurs sont excessives, elles ne sont pas causées par les ulcères, mais par l'espèce de *rougeur érysipélateuse*[1], dont il est fort ordinaire que les parties voisines soient affectées et qui excite quelquefois dans toute la gorge une sensation brûlante si désagréable que le malade est dans un état continuel de souffrance. » L'érythème syphilitique bucco-pharyngée est signalé à ce propos. « Cette rougeur inflammatoire existe quelquefois dans les affections syphilitiques de la gorge sans ulcéra-

1. On était peu scrupuleux sur ce mot érysipèle, et on y faisait rentrer toutes les rougeurs vives et luisantes. Voir *Angine érysipélateuse*, tome IV.

tion; il se formerait à la langue des ulcères, si on ne les prévenait par l'usage du mercure. J'ai vu cependant les parties rester gonflées et conserver plusieurs semaines cette couleur de cuivre foncée qui caractérise si éminemment les lésions syphilitiques, sans apercevoir la moindre ulcération. » La disposition par îlots et non diffuse de cette rougeur est assez bien dépeinte. « Quand la maladie est à ce degré, elle est communément fixée d'abord sur un des côtés de la gorge, mais souvent elle quitte tout à coup ce côté et se porte sur l'autre. Elle change ainsi alternativement de côté à plusieurs reprises, jusqu'à ce que l'un des deux s'ulcère, alors elle reste fixée sur un point particulier (plaque muqueuse ?) » Comme on le voit, Bell a bien entrevu les variétés assez grandes que peut présenter cet érythème quand il est primitif et précoce ou quand il est secondaire à d'autres manifestations syphilitiques, et alors plus tardif en même temps que plus durable. Suivant l'écrivain anglais, il s'agirait d'un érysipèle venant compliquer la syphilis et pouvant donner lieu parfois à des phénomènes subjectifs fort désagréables. « Le malade ressent dans toute l'arrière-bouche une chaleur et une irritation qui ne lui laissent pas de relâche, ce qui lui donne des envies continuelles de débarrasser sa gorge d'un mucus âcre, visqueux qui s'épaissit tellement de temps en temps qu'il est obligé de faire de grands efforts pour l'enlever [1]. Le mucus s'accumule également en tout temps, aussi bien lorsque le malade mange que lorsqu'il se livre au sommeil. Ce mucus âcre me paraît être particulièrement l'effet de

1. Astruc avait parfaitement vu ces troubles sécrétoires, auxquels il faisait jouer un grand rôle, la corruption du mucus salivaire étant, suivant lui, la cause des accidents gutturaux observés.

l'irritabilité que le virus détermine dans les parties ; car rien ne contribue plus à l'enlever que les applications adoucissantes et anodines, unies à l'usage interne de l'opium. » C'est surtout dans ces circonstances, où la vérole se complique de phlogose aiguë vulgaire, que les malades deviendraient sourds *par suite de la propagation du processus inflammatoire à l'orifice des trompes* qui se remplit de mucus, ou bien il se produirait l'adhérence de ses parois. Ces troubles auditifs seraient beaucoup plus passagers du reste que ceux dus à un autre mécanisme. Les ulcères gommeux sont mentionnés de la façon la plus nette dans le passage suivant. « L'ulcère vénérien de la gorge ne pénètre pas communément plus avant que les parties molles. Il engendre des ulcères de différentes grandeurs tels que ceux que j'ai décrits ; mais, lorsque la maladie a été longtemps négligée ou traitée sans succès avec le mercure et les autres remèdes, les os mêmes en sont quelquefois affectés. C'est ce que j'ai vu arriver aux premières vertèbres du cou et cela est assez ordinaire aux os du palais et à la partie postérieure du nez. » Le reste du paragraphe est consacré au diagnostic différentiel qui est assez développé. Il ne s'en dissimule pas les difficultés. Il insiste sur la netteté habituelle des bords, l'indolence et la couleur érysipélateuse caractéristique des ulcères vénériens, qui sont de plus le siège d'une sécrétion âcre particulière et en général très abondante. Les ulcères inflammatoires seraient anfractueux, d'un rouge vermeil, douloureux, et succéderaient le plus souvent à l'ouverture d'un abcès. Les ulcères dus à la stomatite mercurielle auraient un aspect spécial et surviendraient au milieu de symptômes pathognomoniques. Quant aux aphtes, leurs

eschares d'un blanc laiteux seraient peu étendues mais multiples.

RABINGTON[1], l'annotateur d'Hunter, a fait sur la syphilis de la gorge des remarques importantes. Suivant lui, elle présenterait *autant de variétés que les éruptions cutanées* de même nature ; mais la situation de ces lésions et leur siège sur une muqueuse rendraient les caractères distinctifs plus difficiles à saisir ; cependant quelques-unes des principales espèces seraient assez tranchées pour pouvoir être décrites.

La première espèce qu'il mentionne semble être la plaque muqueuse des amygdales. Au début, il y aurait simplement un peu de rougeur, de gêne et de gonflement des parties. Un peu plus tard, « la tonsille est légèrement gonflée ; on aperçoit quelque chose de jaune, qui a son siège dans la substance de cet organe et brille à travers la membrane qui en recouvre la surface encore intacte. Au bout de un à deux jours, l'ulcération s'établit et laisse apparaître une escarre jaune ou blanchâtre qui pénètre profondément dans le centre de l'amygdale ». La réaction phlegmasique serait presque nulle, contrairement aux ulcères non spécifiques. « Il y a peu de tuméfaction et les parties environnantes ne sont pas violemment enflammées, la partie malade est le siège d'un peu de picotement, surtout dans le moment de la déglutition. » L'auteur s'étonne de cette tolérance pour le pseudo-ulcère. « Mais, en résumé, il y a moins de difficulté pour avaler et beaucoup moins de malaise, qu'on ne s'y serait attendu, en raison de la grandeur et de l'aspect des

1. Babington, par la date de ses recherches et par l'esprit qui les anime (influence des doctrines de Willan), appartient partiellement à l'époque qui va suivre, bien qu'il soit encore tout pénétré de l'enseignement de Hunter.

lésions. » Néanmoins, les souffrances finiraient par s'accentuer si on n'a pas institué un traitement convenable. « A mesure que la maladie s'étend [1], elle envahit de plus en plus les parties environnantes, et alors elle devient plus pénible ; la voix s'altère, l'ouïe devient moins sensible, et l'inflammation du voile du palais gêne l'acte de la déglutition. Toutefois la marche de la maladie est lente et le trouble général qui l'accompagne est peu considérable ». La coïncidence avec différentes dermatoses vénériennes est ainsi signalée.« Cette espèce d'ulcère de la gorge coïncide souvent avec les éruptions tuberculeuses (papuleuses) du tégument externe. Il y a tout lieu de supposer que la sécrétion des amygdales est analogue à celle des glandes sébacées de la peau. Il est donc naturel que ces deux espèces d'organes soient attaquées simultanément.» Le siège des altérations morbides, bien qu'elles soient surtout tonsillaires, se rencontrerait parfois en d'autres points. « Ces ulcères ne sont pas limités à la membrane qui recouvre les amygdales ; ils peuvent se former sur le voile du palais, sur une partie quelconque du pharynx, mais le plus souvent ils se développent immédiatement derrière un des piliers postérieurs, ou à la partie supérieure et postérieure du pharynx, dans des points où le début de leur formation est caché par le voile du palais et par la luette. Ils sont quelquefois précédés et toujours accompagnés de beaucoup de douleur et d'inflammation. Le voile du palais se tuméfie et s'abaisse beaucoup ; les tentatives pour l'élever dans l'acte de la déglutition provoquent une douleur atroce ; dans la prononciation il paraît rester entièrement immobile. L'irri-

1. L'érythème secondaire à la phlogose vulgaire par irritation, déterminé par les plaques muqueuses, par exemple.

tation du voile tuméfié et la présence de l'escarre déterminent une abondante sécrétion de salive, et souvent beaucoup de toux. L'angoisse considérable qui est produite par ces causes se peint d'une manière remarquable sur le visage ; ce phénomène morbide, joint à un amaigrissement rapide, à l'accélération du pouls et à l'expectoration de crachats puriformes donne à penser que le malade court un grand danger et fait naître souvent l'idée qu'il est atteint de phtisie[1].» Les lignes suivantes s'appliquent, non plus aux plaques muqueuses, mais aux gommes dont les ravages sont décrits avec beaucoup de précision. « Les désordres que produisent les ulcères sont très étendus. Fréquemment le tissu osseux est dénudé à la partie postérieure des fosses nasales, et la maladie continue ses ravages par la destruction du nez ; quelquefois même le corps des vertèbres est dénudé et devient le siège d'une carie mortelle.

« D'autres fois, surtout dans les cas de longue durée, ces ulcères s'étendent non par la gangrène mais par un travail rapide d'ulcération ; leur aspect est moins formidable, mais leurs progrès ne sont pas moins destructeurs ; cette variété s'observe le plus souvent sur le voile du palais. Leur surface est putride, mais l'escarre qui la recouvre a peu de profondeur. L'ulcère est bordé par une frange très étroite formée par une escarre jaune, au delà de laquelle, dans l'étendue d'un quart de pouce, il existe une zone enflammée d'une couleur cramoisie foncée ; mais il y a peu de gonflement général des parties environnantes.

« Cependant l'ulcère s'étend chaque jour avec une rapidité extraordinaire ; le tissu de l'organe semble fondre sous l'ulcération, et souvent la plus grande

1. Si le larynx est envahi.

partie ou la totalité du voile du palais est détruite avant qu'on ait pu l'arrêter, bien qu'on ne puisse pas voir une escarre distincte se séparer dans tout le cours de la maladie. »

Ces ulcères coïncideraient souvent avec le rupia. Babington rattache nettement à la vérole les ulcérations superficielles et étendues signalées par Hunter, qui mettait en doute leur origine syphilitique. « Une troisième variété, qui est décrite très brièvement par J. Hunter, sous le nom d'excoriation ulcéreuse, se montre très fréquemment. Elle se distingue par la coloration blanche opaque de la surface ulcérée. On voit quelquefois un ulcère de l'amygdale prendre cet aspect vers ses bords. Plus souvent, il n'y a aucune ulcération, mais seulement modification de la surface avec plus ou moins de rougeur et d'apparence d'excoriation des parties environnantes, plus ou moins de gonflement de la muqueuse, beaucoup de cuisson, mais très peu de douleur. Cette affection superficielle peut attaquer tous les points de la surface des amygdales, les piliers du voile du palais, le voile, la luette et même la langue et la face interne des joues. On l'observe souvent dans les commissures des lèvres. Elle occupe souvent le voile du palais, s'étendant de bas en haut vers la voûte palatine, en prenant une forme semi-circulaire. On peut faire disparaître la coloration blanche, en touchant légèrement avec le caustique et alors la surface sous-jacente paraît comme excoriée.

« Cette affection accompagne très souvent le psoriasis de la peau, et l'on peut supposer avec raison que la couleur blanche qui la caractérise particulièrement est liée à une altération analogue à celle qui se manifeste, à la

surface du corps, par l'épaississement de l'épiderme et sa desquamation.

« Hunter semble croire que cette affection n'est jamais vénérienne ; mais on voit des cas où elle existe conjointement avec d'autres symptômes syphilitiques, et où elle n'est guérie, en définitive, que par l'emploi du mercure. Cependant on doit reconnaître que, dans la majorité des cas, elle n'est point vénérienne ; que très souvent le mercure l'aggrave au lieu de la guérir ; qu'elle survient dans des cas, où l'on ne peut soupçonner l'existence de la syphilis, chez des malades atteints de psoriasis ou de lèpre ; et qu'en général, la présomption est tellement contre toute origine vénérienne, que, dans ce traitement, l'indication principale est de diriger convenablement le régime et de prévenir toute sécrétion de l'estomac, plutôt que de s'occuper de la destruction du virus vénérien. »

Le paragraphe sur la syphilis de la gorge du *Traité de chirurgie* de Boyer, où toute la science du XVIII[e] siècle se trouve exposée d'une façon si lumineuse et complétée si heureusement par les fines remarques d'un observateur avisé, se rapporte également par la tournure générale de l'esprit qui l'anime, à la petite période intermédiaire, caractérisée par les œuvres de Hunter, Swediaur et Bell.

L'attribution de ces accidents morbides à la syphilis constitutionnelle est affirmée de la façon la plus nette. « Les ulcères vénériens de la gorge sont toujours consécutifs, c'est-à-dire qu'ils se manifestent plus ou moins longtemps après que le virus syphilitique a été introduit dans l'économie animale. Ils succèdent aux chancres des parties sexuelles qu'on a fait disparaître par la cautérisa-

tion ; aux chancres bénins promptement cicatrisés, et dont le traitement général a été interrompu prématurément, aux pustules trop vite effacées par les topiques mercuriels, sans traitement général ; enfin aux blennorrhagies négligées, et surtout à celles qu'on a arrêtées par des injections astringentes[1]. »

Comme Hunter, comme Bell, il reconnaît que l'époque où surviennent les accidents n'a rien de précis. Parfois, il n'y aurait que de la rougeur plus ou moins foncée (érythème syphilitique) avec tuméfaction plus ou moins apparente des amygdales. Cet état se prolongerait parfois assez longtemps sans aboutir à l'ulcération. Ainsi les ulcères peuvent survenir à la longue ou apparaître primitivement. Leur aspect serait à peu près celui du chancre des parties génitales ; comme lui, ils sont couverts d'une couche blanchâtre, épaisse. Leurs bords sont à pics, et les parties avoisinantes présentent toujours une teinte rougeâtre et un léger gonflement. L'amygdale, dans certains cas, est rongée et le processus s'y cantonne souvent d'une façon exclusive, mais, souvent aussi, s'étend le long de l'arcade, qui réunit l'amygdale à la luette. Ces parties et quelquefois une grande portion du voile du palais sont détruites avant que l'autre amygdale ne soit affectée. Lorsque l'ulcère est placé sur la face postérieure ou nasale du voile du palais, il a fait souvent des progrès considérables, avant même qu'on ait pu en soupçonner l'existence ; alors que le voile du palais dont on n'aperçoit que la face antérieure paraît seulement rouge et tuméfié, tandis que sa face opposée est déjà rongée dans une

1. Beaucoup accusaient le mercure de tarir trop vite les exutoires locaux du virus siphilis, qui se résorberait à l'intérieur et infecterait alors la masse du sang.

grande étendue ; quand l'ulcère se montre en avant, on supposerait volontiers qu'il a marché avec une rapidité extraordinaire, parce que, au moment où on le voit, le voile du palais est déjà perforé. Mais ce que nous venons de dire montre que cette rapidité n'est qu'apparente, et que la maladie a suivi son cours ordinaire, c'est-à-dire une marche lente et progressive.

Comme siège, ces ulcères pourraient occuper soit la partie moyenne de l'organe, soit parfois ses portions supérieure ou inférieure et alors leur situation reculée les rendrait d'un diagnostic fort difficile. « Cachés par le voile du palais ou la base de la langue et ne causant presque pas de douleur, ils font souvent des progrès considérables, avant qu'on puisse les découvrir. » Leur marche serait très lente, sauf dans quelques cas exceptionnels, où leur évolution s'effectue avec une rapidité remarquable. Ils peuvent, en continuant à ronger, s'attaquer même aux corps des vertèbres. « Dans ce cas, la maladie est presque toujours incurable, le malade succombe, épuisé par l'abondance de la suppuration, la déglutition de cette matière et l'excès de la douleur. » Le diagnostic différentiel est tracé avec le plus grand soin. L'auteur en différencie, non-seulement la béance exagérée des cryptes amygdaliennes, mais encore les inégalités naturelles de coloration de la muqueuse pharyngée. « La surface de la membrane muqueuse du pharynx est souvent inégale et de couleur variée, blanche, rouge, violette. En l'examinant légèrement, surtout sur une personne qui a essuyé quelque maladie vénérienne, on pourrait croire qu'elle est engorgée, épaissie, ulcérée même, quoiqu'elle soit très saine, mais cette erreur ne sera pas commise par un homme instruit. » A propos des pertes de substances longues

à se cicatriser qui succèdent à l'ouverture d'un abcès, Boyer se borne à reproduire les données de Hunter, sans y rien ajouter de personnel ; mais il n'en est pas de même des ulcérations mercurielles auxquelles il a consacré un intéressant paragraphe. « Il survient fréquemment des ulcères dans la bouche, ainsi que dans la gorge, lorsqu'on administre le mercure à trop forte dose, ou lorsque le malade s'est exposé au froid pendant son usage et il est quelquefois difficile de les distinguer des ulcères vénériens. Leur situation seule les fait souvent supposer vénériens, tant on est disposé à juger ainsi tout ulcère de la bouche.

« Les ulcères de la bouche et de la gorge qui sont dus à l'action du mercure ne se manifestent que chez les personnes qui font usage de ce remède ; ils peuvent se montrer dans tous les points de la bouche, mais comme ils sont principalement déterminés par la pression qu'exercent les dents et les gencives, sur les parties vers lesquelles se porte spécialement l'action du mercure, on les trouve toujours dans les endroits où le gonflement est plus grand et la pression plus forte : tels sont communément les côtés de la langue, les environs des angles des mâchoires et l'intérieur des joues.

« En considérant ces circonstances, et en prenant les informations convenables, on distinguera aisément les ulcères vénériens de la bouche de ceux qui sont produits par l'action du mercure. »

Période française antérieure à Cazenave et à Ricord. — Comme on le sait, la classification de Willan et de Batemann eut, sur la syphiliographie, un effet rapide et durable. Les spécialistes français ou étrangers comprirent qu'avec elle on pouvait mettre un peu d'ordre et de

méthode dans la confusion antérieure des descriptions ; mais il ne faut pas se dissimuler que la révolution amenée par les deux grands nosologistes anglais eut lieu surtout pour les dermatoses. Pour les syphilides des muqueuses en général et de la gorge en particulier, les progrès furent beaucoup plus lents et beaucoup moins sensibles [1]. Le terme banal d'ulcère vénérien sera longtemps encore usité pour cette dernière région et on se contentera d'admettre à côté de lui l'exanthème vénérien, qui, par rapport aux lésions précédentes, constituera les déterminations congestives. Différentes raisons expliquent ce retard, cette sorte d'arrêt des connaissances de l'époque, à propos de la syphilis gutturale. Il ne faut pas oublier que la cavité bucco-pharyngée, tout en étant accessible, l'est moins que le tégument externe. Puis, malgré l'analogie que présente la muqueuse qui la tapisse avec le revêtement cutané, et en dépit de l'imprécision des connaissances qu'ils avaient sur ce sujet, les contemporains se rendaient parfaitement compte des différences qui existaient au point de vue des fonctions et de la structure, l'aspect physique à lui seul (coloration, humidité, sécrétions, etc.), étant déjà notablement dissemblable. Or, depuis Pinel, Bichat et Broussais, les nosologistes étaient de plus en plus persuadés qu'à ces dissemblances de texture et de physiologie, correspondait une différence très appréciable des maladies. Rayer, Gubler, Lasègue devront lutter contre le courant général, lorsqu'ils essayeront de démontrer le

1. Ce n'est qu'au moment de l'apparition des œuvres de Cazenave, de Baumès, de Ricord, que la terminologie willanienne tend à s'introduire véritablement pour les syphilides des muqueuses, comme pour celles de la peau. Au point de vue des déterminations bucco-pharyngées, la période que nous étudions est donc une époque intermédiaire.

contraire pour les dermatoses et les angines. Donc, l'essai des doctrines de Willan, du côté de la bouche et de la gorge, fut assez timide. Il ne faut pas oublier, enfin, que le système de Broussais était hostile à la spécificité des lésions comme à la spécificité des causes, et qu'il tendait à regarder comme banales des altérations morbides que les syphiliographes antérieurs considéraient avec raison comme propre à la vérole. Pour montrer l'inanité des prétentions de ceux-ci, on rappelait que bon nombre des ulcères, prétendus de nature vénérienne, étaient le résultat de la stomatite mercurielle, conséquence d'un traitement mercuriel immodéré. On montrait aussi combien étaient spécieux et difficiles à constater les signes différentiels que l'on avait voulu introduire entre les ulcérations syphilitiques et celles regardées comme de nature banale. Ces discussions théoriques eurent comme bon résultat de rendre plus circonspect sur la nature des lésions observées. Bell avait déjà noté qu'un des pires désagréments qui se présentent dans la pratique de la syphilis, quand il s'agit du gosier, est l'incertitude que l'on éprouve pour distinguer les maladies vénériennes des affections banales qui leur ressemblent.

En 1811, dans un mémoire de la Société médicale d'émulation (*Considérations sur la syphilis*), Keraudren appela aussi l'attention des praticiens sur les difficultés de ce diagnostic et sur l'inconvénient qu'il y avait de prescrire mal à propos du mercure, sur les abus duquel on commençait à s'élever de toute part.

« Il existe, dit Devergie, une telle prévention au sujet des ulcérations de la bouche et de l'arrière-bouche, que la plupart des médecins les plus renommés sont trop enclins à les déclarer syphilitiques,

encore bien qu'ils ne puissent indiquer à quel caractère certain ils les reconnaissent, prévention funeste qui est encore trop souvent la cause des accidents les plus graves et de la mort même des malades ». Ou le bout de l'oreille du physiologisme de Broussais perce pleinement, c'est dans les phrases suivantes : « En considérant, au contraire, dans le doute, ces mêmes affections comme la suite d'une inflammation ordinaire et en les traitant par les moyens les plus simples et les plus rationnels, on réussirait à les guérir promptement. Il est actuellement bien reconnu par les syphiliographes de tous les pays que, quelle que soit la cause des ulcérations et des autres affections de la gorge, elles consistent toujours dans une irritation qui ne varie que par son intensité et par le lieu qu'elle occupe, que leur traitement ne nécessite rien de spécifique. La membrane muqueuse bucco-pharyngienne est très facile à irriter et elle a des rapports très intimes avec les organes principaux et ceux de la génération ». A ce sujet, l'auteur signale la mue de la voix au moment de la puberté, le gonflement du cou et la gêne que les femmes éprouvent souvent au niveau de la gorge pendant les règles. En outre des causes d'irritation provenant de la nature et aussi de la température des aliments et des boissons, les troubles gutturaux observés pourraient être l'effet « des sympathies » mises en jeu par l'estomac, par les poumons, la peau, les organes sexuels, les intestins, l'allaitement, etc. Les aspérités des dents seraient également la cause d'ulcères spéciaux et tenaces. La syphilis ne serait qu'une irritation parmi tant d'autres, et ses lésions ne seraient guère caractéristiques. « Il est maintenant reconnu qu'on manque absolument de signes certains propres à établir cette distinction, aussi

bien pour les ulcères de ces parties que pour la plupart des autres ulcères, tant chez les adultes que chez les nouveau-nés. Sans vouloir revenir sur ce que nous avons dit précédemment à ce sujet, nous pouvons rappeler que déjà des syphiliographes renommés, bien que grands partisans du virus, avaient déclaré être dans l'impuissance d'assigner aucun caractère distinctif. Nous signalerons particulièrement Closius, Bell, Hunter[1]. Nous avons fait connaître (t. I, p. 165) que feu Cullerier oncle était souvent embarrassé dans un diagnostic relativement aux ulcérations cliniques de l'arrière-bouche. En vain Astruc, Fabre, Swediaur. Lagneau, Fodéré, Bertin se sont prononcés avec plus d'assurance; malgré tout leur savoir, ils ont échoué dans leurs efforts, leurs contradictions respectives le prouvent et sont leur meilleure réfutation. Il est certain que, dans beaucoup de cas, l'angine vénérienne ne peut se reconnaître qu'à l'aide des signes commémoratifs ; la même incertitude se reproduit quand il s'agit de distinguer les ulcérations mercurielles[2], scorbutiques et autres. Elles n'ont pas de caractères plus constants. Souvent on voit de célèbres praticiens porter des diagnostics différents sur les mêmes affections[3]. Il faut avouer qu'il est permis de ne se prononcer qu'avec réserve, quand on réfléchit que l'état général du malade, le degré de phlegmasie et l'état particulier de la membrane où elle siège, influent autant et plus sur l'aspect de ces ulcères, sur leur forme et sur le nombre que la cause qui les a engendrés. Cela est

1. Ceci est exagéré ou inexact, notamment pour ce dernier. Voir plus haut.

2. Les lésions qu'on lui attribuait en dehors de la stomatite.

3. L'erreur de Devergie provient de ce que la syphilis est souvent ignorée chez les parents qui ne portent pas de stigmates nets, et qu'elle revient parfois tard, avec ses caractères précis, chez des enfants d'apparence scrofuleuse, la vérole étant un des facteurs de la strume.

si vrai que le même traitement simple et adoucissant les modifie en quelques jours et les ramène facilement tous à un même aspect. » La réaction opérée par Broussais eut, à côté de toutes ses exagérations et du recul théorique qu'elle provoqua, cet effet très heureux de mettre en garde les médecins contre l'origine vénérienne des aphtes chez les nourrissons. Cette erreur fut déracinée par Chomel, Broussais, Bertin, Jourdan, Billard, Véron, Ollivier, etc., dont les travaux, dit Devergie, ont mis en garde contre la syphilomanie trop commune au sujet des cas dont il s'agit et contre l'abus du mercure dans les traitements. Il ajoute : « Une multitude de cas qui jetaient le trouble dans les familles et qui, mal soignés, augmentaient d'une manière effrayante la mortalité dans les établissements publics où sont reçus les enfants abandonnés, ne sont plus de nos jours envisagés sous le même aspect par les praticiens éclairés qui ont étudié les maladies des enfants. » Devergie ne reconnaît, avec Richard, Jourdan, Desruelle, Frick de Hambourg, pour vénériens que les aphtes contagieux. Poussé par un zèle inverse à celui des syphilophobes dont il raille les excès, il met en doute la nature vénérienne des ulcères perforants de la voûte palatine, dont l'origine spécifique avait été signalée déjà par les écrivains du XVIe siècle. « L'habitude sans doute de rejeter sur la syphilis secondaire ou héréditaire toutes les affections auxquelles on ne pouvait assigner des causes évidentes, a été également la cause d'une grave erreur sur les caries de la voûte palatine qui reviennent quelquefois dans le jeune âge, chez les sujets la plupart du temps scrofuleux lorsqu'ils habitent des locaux humides et froids, ou qu'ils sont soumis aux influences atmosphériques de cette nature

ainsi qu'à une alimentation malsaine. J'ai déjà cité l'observation d'une semblable carie survenue pendant l'emploi du mercure, chez une dame qui n'avait jamais eu de symptômes vénériens[1]. Je possède l'observation de caries de la voûte palatine développées sans cause connue chez des enfants de dix à douze ans dont les parents n'avaient jamais été atteints de syphilis. Le premier traité par Pelletan père, qui connaissait ainsi que moi parfaitement bien la famille, fut soumis aux examens et au sirop de gentiane antiscorbutique. Complètement guéri, on ferma l'ouverture de cette carie par une petite éponge. »

Il faut bien reconnaître du reste que les auteurs les plus notables restèrent fidèles en grande partie aux idées traditionnelles, notamment à celle de Bell, qui, plus encore que Hunter, Swediaur et Astruc, exerça une grande influence sur les premières décades du xviii[e] siècle. Ainsi, dans son cours des maladies syphilitiques, le professeur Petit-Radel adopte l'opinion du médecin anglais sur la précocité, dans certains cas, des manifestations gutturales au cours de la syphilis. « Cette migration du délétère (virus) est souvent plus prompte qu'on ne saurait le croire. Bell dit l'avoir vu se former dix jours après l'apparition d'un chancre. En général, il est d'observation que la gorge est beaucoup plutôt prise, quand le virus n'a point été assez longtemps fixé sur une surface extérieure, pour y développer complètement un symptôme primitif. Fabre prouve cette assertion par l'observation suivante : Un homme avait pris un chancre ; il était calleux avec des bords renversés. Lorsqu'il vit le malade, il y avait plus d'un mois qu'on le pansait avec

1. La voûte peut être atteinte de carie tuberculeuse, exceptionnelle du reste.

des remèdes émollients, qui avaient produit un très bon effet. Fabre jugea utile de commencer les frictions. Or, le troisième jour, le malade se plaignit d'un violent mal de gorge et on crut que c'était le mercure qui portait à cette partie. En examinant la gorge avec plus d'attention, il (Fabre) vit qu'il n'y avait point de salivation et que le mal de gorge était causé par un ulcère[1] à l'amygdale gauche. Cet ulcère avait tout le caractère vénérien. Dès lors, il ne douta point que le virus, par la marche qu'il tient ordinairement après la disparition des chancres, ne se fût fixé sur cette partie, y étant déterminé par l'action du mercure. Quand l'inflammation fut apaisée, les frictions furent continuées. Il n'y eut pas de salivation et l'ulcère fut guéri avant la fin du traitement, qui fut prolongé un peu plus qu'à l'ordinaire. » En tout cas Petit-Radel considère les manifestations gutturales comme « une des premières éruptions *sous forme ulcéreuse* que tente le délétère (virus) dès son entrée dans l'organisme » et qu'on aperçoit « sur les amygdales, le voile et toute autre surface recouverte par la membrane muqueuse. »

Quand à la manière dont le virus envahit la cavité bucco-pharyngée, il y aurait un début brusque et un début un peu plus lent, annoncé par du malaise, de l'insomnie, de la courbature, des douleurs vagues, ainsi que Bell l'avait déjà fait remarquer. « Le mal commence par une petite rougeur qui bientôt passe à l'*ulcération* ; le malade, sur ces entrefaites, éprouve au fond de la gorge une sensation qui l'excite beaucoup à cracher ; quelquefois, bornée à un côté, il la rapporte à l'impression d'un froid reçu ;

1. Les frictions, en provoquant un peu de stomatite auront ici exaspéré les lésions déjà existantes dans la gorge, ainsi que cela s'observe assez souvent.

en examinant alors la partie, on aperçoit l'ulcère tout formé. Le siège est à l'une ou l'autre amygdale, souvent à toutes les deux, et quelquefois à la luette. Le mal, d'abord peu étendu, offre une surface solide, dont le contour, légèrement gonflé et d'un rouge érysipélateux, finit par des parois souvent à pic. L'ulcère grisâtre reste très longtemps stationnaire quand il est abandonné à lui-même, mais son activité, dans quelques cas, est telle que tous les environs en sont promptement ravagés.

« Phagédénique de sa nature, il n'abandonne un côté que quand il n'y a plus rien à ronger ; souvent alors il ronge le bord flottant du voile du palais et vient attaquer la luette, et ce n'est qu'après avoir détruit cette partie qu'il s'en prend à l'autre amygdale. L'haleine des malades est ordinairement, en pareil cas, plus ou moins fétide, quelquefois l'ulcère est beaucoup plus lent à se former (voir plus haut). Il est devancé par une phlogose (érythème syphilitique) qui occupe tout un côté de la gorge [1], et persiste longtemps avant qu'il se soit complètement établi. » A ce propos, l'auteur signale l'opinion de Bell, qui avait insisté sur la turgescence et la couleur cuivrée des parties atteintes, teinte qui caractériserait si éminemment les lésions syphilitiques. Cet auteur avait remarqué que, dans ce cas, l'examen le plus attentif ne faisait pas découvrir la moindre ulcération. Il avait vu aussi que l'érythème, fixé d'abord sur un côté de la gorge, se portait souvent à un moment donné subitement sur l'autre, changeant ainsi alternativement de place à plusieurs reprises. Suivant Petit-Radel, la douleur des ulcères syphilitiques n'existerait qu'au moment de leur formation, idée qui avait déjà été exprimée par Bell. Rappelons à ce

1. Ces localisations sont bien d'allure vénérienne.

sujet que Hunter avait insisté sur l'indolence habituelle de ces altérations morbides. La symptomatologie est empruntée à Bell, notamment en ce qui concerne les troubles auriculaires. Le diagnostic différentiel avec l'ulcère scorbutique est pris dans Fabre : « Les ulcères vénériens commencent ordinairement par attaquer les amygdales et s'étendent successivement jusqu'aux gencives, au lieu que, dans le scorbut, les ulcères commencent par les gencives et parviennent successivement jusqu'aux amygdales ; en ce qui concerne les ulcères véroliques, ceux-ci sont bornés, circonscrits, ordinairement ronds et n'occupent que certains endroits, au lieu que les ulcères scorbutiques s'élèvent et produisent des chancres fongueux ;... les ulcères véroliques ont les bords rouges et le fond grisâtre, au lieu que les scorbutiques sont toujours entièrement livides, enfin.....ulcères véroliques sont accompagnés ou précédés de quelques autres signes de vérole et ...les scorbutiques le sont des signes du scorbut. »

L'article Syphilis du *Dictionnaire en soixante volumes*, n'offre rien d'intéressant sur le sujet ; il en est de même du *Traité* d'ALIBERT, le créateur du terme de syphilide, qui sera désormais employé pour toutes les lésions du revêtement cutané et du tégument interne.

Cet auteur déclare que les syphilides, quel qu'en soit le siège, peuvent parfois survenir avant le chancre apparent, mais que ces cas sont extrêmement rares et qu'en définitive. elles sont, comme l'avait dit Hunter, un des principaux attributs de la syphilis constitutionnelle.

Dans sa *Pathologie interne*, RAQUIN compte parmi les accidents secondaires « certaines phlegmasies muqueuses qui, sans être aussi caractéristiques que les syphilides (cutanées), n'en ont pas moins, elles aussi, une essence

spécifique et présentent généralement dans leur aspect et leur allure quelque chose de plus ou moins suspect, de plus ou moins propre à trahir la nature du mal ; ce sont le plus souvent des phlegmasies ulcéreuses, en un mot des vrais chancres tels que ceux que l'on voit si souvent se développer à l'intérieur de la gorge [1]. C'est parfois aussi, mais à titre d'accident bien moins commun, une sorte d'*aridité érythémoïde* plus ou moins incommode, qui se fait particulièrement remarquer dans les fosses nasales, la bouche et le pharynx. »

Dans les éditions nombreuses de son ouvrage sur les maladies vénériennes, qui, du simple aide-mémoire, s'est transformé peu à peu en un véritable Traité, Lagneau s'est toujours montré un disciple fidèle de Hunter et de Bell. Il a su résister aux hérésies du physiologisme de Broussais, comme le lui reproche Devergie. Voici ce qu'il dit (p. 305) des ulcères vénériens de la gorge dans l'édition de 1812. Ces ulcères se développent le plus souvent au gosier, à la face des joues et sur la langue, mais quelquefois aussi ils paraissent aux parties génitales (*vulve*, *scrotum*). L'apparition des ulcères gutturaux est précédée pendant quelques jours par un sentiment de gêne dans l'arrière-bouche [2], que le malade prend souvent pour une de ces angines éphémères produites par l'exposition au froid ; mais, quand, après ce temps, la *persévérance* de la douleur porte à examiner la gorge, on est surpris d'y voir une ou plusieurs ulcérations. Toutes les régions de l'arrière-bouche peuvent en être affectées : les amygdales, les piliers, le voile et la voûte palatine, la paroi postérieure du pharynx, etc., mais les *tonsilles* en sont le siège le plus fréquent.

1. Chancre était alors synonyme d'ulcère.
2. C'est le début lent avec réaction locale et générale accentuées de Bell.

« La couleur de ces ulcères est d'un gris sale, et leur circonférence présente toujours une rougeur érysipélateuse. Les bords en sont coupés, nets et engorgés [1].

« Ils conservent quelquefois très longtemps l'étendue qu'ils avaient d'abord, lors même qu'on néglige l'emploi des antivénériens ; mais souvent aussi on en voit qui, un peu plus inflammatoires, rongent et détruisent[2] en peu de temps une grande partie du palais mou et carient même les os palatins et maxillaires, si on n'arrête leurs progrès par un traitement mercuriel ; nous en avons vu plusieurs, dont le siège était à la *face postérieure du pharynx,* faire de tels ravages qu'ils occasionnèrent la *carie des vertèbres cervicales* correspondantes.

« Il est assez ordinaire de confondre les chancres vénériens avec les ulcérations de la gorge et de la bouche, suite de l'*impression du froid* [3] ou de l'emploi du mercure [4]. Mais avec un peu d'attention, on les distinguera facilement si on se rappelle que les premiers sont *profonds*, bien *circonscrits* et *rouges à leur circonférence* ; qu'au contraire, les secondes, surtout quand elles surviennent à l'intérieur des joues, quoique sordides et recouvertes d'escarres, sont *superficielles*, *non rongeantes*, et plus *nombreuses* que les ulcères vénériens qui s'offrent rarement au delà de deux ou trois ; d'ailleurs ces derniers sont d'un gris sale, quelquefois un peu jaunes et même bruns, tandis que les ulcérations mercurielles ont un aspect blanchâtre, comme si le malade venait de boire du lait.

« Il faut encore bien distinguer ces ulcères de ceux qui

1. Voir Hunter
2. Ulcère phagédénique de Hunter et Bell.
3. Aphtes vrais attribués alors au froid.
4. Hunter et Bell avaient déjà esquissé ce diagnostic.

ont pour cause le virus scorbutique [1]. On y parviendra sans peine, en observant que ceux de nature vénérienne occupent de préférence les tonsilles, le pharynx, la luette, la voûte du palais, et, plus tard et plus rarement, les gencives par où commencent d'ordinaire ceux produits par le scorbut, lesquels s'avancent plus difficilement vers la gorge ; que les ulcères vénériens attaquent très souvent le nez, sur lequel le scorbut ne porte presque jamais son influence ; qu'ils ont une base engorgée, sont circulaires, limités et profonds tandis que les ulcères scorbutiques sont irréguliers et superficiels ; enfin que les premiers présentent un fond gris cendré et que les seconds sont fongueux, saignants et d'un rouge obscur ou livide. »

Les mêmes remarques faites à propos de Lagneau s'appliquent à Desruelles, c'est-à-dire que fidèle disciple de Hunter et de Bell, il n'offre pas beaucoup d'originalités. Comme les auteurs anglais, il reconnaît que les ulcérations gutturales vénériennes siègent assez souvent sur le voile du palais, sur les amygdales et plus rarement dans le pharynx. Ainsi que Bell, il admet un début brusque sans réaction locale et générale accentuées et un début angineux. Dans ce dernier cas, « elles sont annoncées par une gêne de la déglutition, un sentiment de constriction et de chaleur dans les parties qui constituent la gorge ; le malade se plaint d'une légère angine qui dure plusieurs jours, se renouvelle et éclate bientôt avec des phénomènes plus intenses. » La description qu'il donne de l'*érythème* syphilitique de la gorge mérite d'être retenue. « En examinant les parties, on remarque une rougeur peu intense, mais tellement bien circon-

1. Hunter, avait déjà indiqué les éléments du diagnostic.

scrite sur le voile du palais qu'il semble qu'elle ait été mise avec un pinceau; clle forme une bande transversale qui occupe la moitié, quelquefois les trois quarts du voile du palais. Les piliers sont ordinairement plus rouges. Il n'est pas rare de voir la paroi postérieure du pharynx partager aussi cette coloration de la membrane muqueuse et d'apercevoir une multitude de petits faisceaux vasculaires, qui y sont répandus çà et là. *Les amygdales sont un peu plus gonflées* et plus rouges qu'à l'état normal. Cette angine palato-pharyngée est rarement accompagnée de fièvre, à moins qu'une irritation gastro-intestinale ou pulmonaire ne vienne la compliquer. » Voici comment se développeraient les *plaques muqueuses* encore rangées parmi les lésions ulcérantes de la syphilis, dénomination qu'elles justifient du reste lorsqu'elles se mettent à ronger les parties sous-jacentes, quand elles sont irritées par exemple. « Souvent en peu d'heures on voit survenir de très petites ulcérations sur le voile du palais et principalement sur les amygdales, lorsque l'irritation passe à l'état aigu ou que les viscères sont irrités. Ces ulcérations s'agrandissent, s'étalent en quelque sorte sur le voile du palais, et creusent profondément le tissu mou des amygdales. » Voici maintenant pour les lésions gommeuses. « Chaque jour elles font des progrès, si des moyens rationnels de traitement ne leur sont opposés; elles détruisent les membranes palatines, elles perforent et attaquent presque toujours la luette qui est bientôt rongée et réduite à un léger tubercule. Les amygdales semblent se fondre. Des ulcératious ne tardent pas à se former sur le pharynx ; elles creusent fortement *jusqu'à la colonne cervicale*, et bientôt, si la maladie fait des progrès, le voile du palais prend une couleur rouge jaunâtre

parsemé de petits points blancs. Il semble qu'il soit détaché des os palatins, car il s'avance dans la bouche, tombe, paraît s'agrandir et être flottant au-dessous de l'ouverture du gosier : ce phénomène indique l'affection de la partie cariée des os palatins.

« Il est rare que, dans ces cas, la couleur rouge-jaunâtre ne soit pas répandue sur toute la voûte palatine ; on y remarque des points plus rouges, plus enfoncés, presque toujours situés au milieu de cette partie. Ces points s'ulcèrent, et au fond on trouve une nécrose de la portion palatine des os maxillaires supérieurs. Si l'on introduit une sonde, on pénètre bientôt jusqu'à l'os, il est rugueux et résonne sous les coups qu'on lui porte avec l'instrument.

« Au fond de l'ulcération du pharynx est une plaque grisâtre, inégale, recouverte d'une couche de pus jaune-verdâtre ; c'est un signe de l'affection du corps de l'une des vertèbres cervicales. » La participation de l'os au processus serait du reste loin d'être constante. « Qu'on ne croie pas d'ailleurs que les ulcérations amènent nécessairement la lésion des os ; il est rare que la phlegmasie s'étende au tissu osseux ; en effet, nous avons vu souvent des ulcérations détruire presque toutes les parties de la gorge sans amener aucune altération des os qu'elles recouvraient. Quand les os sont malades, on est presque toujours assuré que l'inflammation les a attaqués en même temps que le tissu muqueux qui les revêt ; ou qu'elle a commencé par eux, pour s'étendre ensuite aux organes voisins. » Desruelles reprend : « Ces maladies sont graves ; nous les avons observées chez des personnes qui avaient pris de grandes doses de mercure [1], et principalement

1. C'était l'opinion des antimercurialistes.

chez celles qui avaient abusé des frictions mercurielles. L'observation démontre qu'elles ne sont presque jamais accompagnées de maladies de la peau, si ce n'est de quelques pustules qu'on observe à la face. Chose remarquable, lorsqu'à la suite des traitements mercuriels abusifs, des ulcères serpigineux, des adénites largement ulcérées ont été les funestes résultats, jamais on n'observe les désorganisations du gosier dont nous nous occupons ici. Elles coïncident au contraire avec des douleurs, des affections des os et des maladies graves de l'anus [1]. »

Gibert déclare que « le voile du palais et les amygdales sont le siège, le plus ordinaire des ulcères vénériens consécutifs. » Il note l'envahissement habituel de l'isthme (amygdales, piliers, voile), parfois du pharynx, l'aspect bien connu de ces ulcères (ronds, à pic, grisâtres, etc.) qui auraient dans certains cas de la tendance à ronger très profondément, et détruisent alors complètement le voile, gênant ainsi d'une façon définitive la déglutition et la phonation, l'élocution restant parfois « inintelligible pour les gens qui n'ont pas l'habitude de converser avec ce genre de malade. La voix est empâtée, nasonnée, la parole peu distincte. »

Citons encore la statistique de Lée, analysée par Diday dans la *Gazette médicale*, en 1830. Dans cent soixante-six cas de syphilis recueillis par lui, il y eut soixante-trois ulcères du gosier, dont trente et un observés chez les hommes. Il divise ses sujets en individus ayant eu ou non un chancre induré, répartition qui rend la lecture de son mémoire d'une utilité assez aléatoire et y met certaine-

1. Le tertiarisme interne respecte souvent, en effet, la superficie de l'organisme : mais il n'y a pas balancement précis. C'est une affaire individuelle.

ment de la confusion. Dans trente-six cas où les malades ne furent pas traités par le mercure, il y eut ulcère du gosier.

Période de Ricord, de Baumès et de Cazenave. — Ricord, bien qu'il se soit, à un certain moment, donné exclusivement à des questions théoriques un peu hasardées, et qu'il ait, par exemple, nié la contagion des plaques muqueuses, regardées par lui comme des chancres modifiés, a su insister sur un point primordial, l'ordre d'apparition des lésions syphilitiques.

Admirable observateur, il avait de bonne heure montré, du moins oralement, à ses élèves, l'aspect des différentes syphilides du gosier. Ainsi, dans la thèse de Rattier (*Considérations sur les syphilides*, Paris, 1840), on trouve les lignes suivantes : « La forme érythémateuse est une des plus communes sur les muqueuses et paraît correspondre aux macules du début sur la peau. Comme elle, elle peut s'effacer rapidement sans avoir été aperçue ou bien il se forme de véritables plaques plus ou moins étendues, dans certaines conditions offrant un état comparable aux plaques muqueuses ; quelquefois enfin dans certaines période de la maladie, l'éruption prend assez de développement pour être rapportée à une véritable affection tuberculeuse (tubercule plat de Cazenave). C'est à l'occasion des maladies de la gorge surtout, que les syphilides des muqueuses ont été décrites sous différents noms ; mais avant Ricord leur ordre de corrélation avec les syphilides cutanées n'avait jamais été bien saisi, surtout par rapport à ces éruptions qui, à la face interne des lèvres et des joues, à la voûte palatine, offrent des formes annulaires ou figurées si ressemblantes à celles que nous avons décrites à l'occasion de la lèpre (psoriasis) syphi-

litique (des mains), formes auxquelles peut aussi succéder un état tout à fait comparable aux tubercules herpétiformes. » Rappelons que, parmi ces dénominations empruntées à Willan, Bateman et Biett, leurs disciples en France, le grand fait de l'ordre chronologique apparaît clairement et d'une façon bien plus nette que dans Hunter.

Herbert Mayo, en Angleterre, bien que son ouvrage date de 1840, est moins novateur que les contemporains qui vont suivre, il se rapproche plus de Hunter et de Bell, ses grands compatriotes ; mais néanmoins son ouvrage sur la syphilis (Londres, 1840) contient beaucoup de remarques intéressantes.

Il range les syphilides secondaires de la gorge dans ce qu'il appelle le psoriasis syphilitique : ce serait une extension du psoriasis. Des portions de cette membrane muqueuse s'enflamment et sont revêtues d'une couche assez épaisse d'épithélium blanchâtre. Quand les écailles épidermiques humides tombent, on voit à découvert la muqueuse rougeâtre. Les variations d'aspect se voient bien surtout au niveau des amygdales qui sont, dit-il, le siège le plus habituel des manifestations gutturales vénériennes. « Ces glandes sont en même temps plus ou moins tuméfiées. Sur les piliers, les plaques restent plus constamment blanches. Sur les côtés et la pointe de la langue l'aspect excorié prédomine au contraire..... Les lésions du palais et des amygdales le sont moins que celles de la bouche. Souvent ces altérations morbides sont les seuls symptômes qui démontrent l'existence de la syphilis, on les rencontre presque toujours en même temps que le psoriasis syphilitique. » A des périodes plus avancées du mal, on retrouverait aussi des taches sur les piliers, le pharynx, les amygdales. Les tonsilles sont nettement

hypertrophiées et leur saillie présenterait des fissures profondes qu'on pourrait prendre à tort pour des ulcères. Herbert Mayo cite Hunter à propos des ulcérations serpigineuses de la voûte palatine et du voile dont celui-ci mettait en doute l'origine vénérienne et il ajoute : « Cependant j'ai vu pour ma part des faits de ce genre dans des cas de syphilis indiscutable ayant les caractères des ulcérations phagédéniques superficielles, c'est-à-dire ayant une surface couverte de granulations et à bords jaunâtres, les parties avoisinantes étaient d'un rouge vif. » A propos des ulcères gommeux des amygdales et du voile, l'ulcère, dit-il, forme un trou assez profond, à bords taillés à pic, à fond jaunâtre ou grisâtre ou parfois d'un brun sale. Après avoir signalé les graves destructions que l'on peut voir survenir du côté du palais et du voile, il fait remarquer qu'il peut en résulter consécutivement des déformations bizarres.

« Le reste du voile, en se cicatrisant, se *soude au pharynx* et reste adhérent d'une façon permanente à la paroi postérieure de cette cavité ; cependant la respiration nasale n'est généralement pas supprimée pour cela ; un ou deux trous ovalaires persistent, qui livrent passage à l'air. Le caractère nasal de la voix devient ainsi permanent. » Les ulcères syphilitiques excavés de la gorge prendraient assez souvent naissance sur la paroi postérieure du pharynx. « Carmichael a noté leur blancheur remarquable, ce qui, suivant moi, serait dû à ce qu'ils seraient recouverts de glaires s'échappant de la portion supérieure de l'organe (cavum). » L'auteur décrit des ulcères syphilitiques serpigineux, se montrant sur une muqueuse très rouge et très gonflée ; le fond serait grisâtre par suite des dépôts qui s'y effectuent et les bords livides. Ils rongeraient,

raient tout ce qu'ils rencontrent et, en ulcérant des vaisseaux, pourraient déterminer des hémorragies fort graves. Dans un cas de ce genre, il dut lier la carotide ; le point de départ était l'artère linguale, comme il le reconnut à l'autopsie. Les quatre variétés admises de manifestations syphilitiques seraient plus ou moins nettement d'aspect vénérien. L'ulcère excavé semble être le plus typique. A ce sujet, il revient sur l'ulcère excorié, dont il s'efforce de démontrer l'origine spécifique ; cette forme ne serait jamais grave, contrairement à l'ulcère serpigineux et à l'ulcère excavé. Deux observations intéressantes en illustrent en quelque sorte la description clinique.

L'école lyonnaise, dont les maîtres de l'Antiquaille rivalisèrent si heureusement avec les maîtres parisiens de l'école du Midi (Ricord) et de l'école de Saint-Louis, peut se glorifier à juste titre d'avoir possédé dans Baumès un des syphiliographes qui contribuèrent le plus, vers le milieu du XIXe siècle, aux progrès de la vénéréologie. L'article qu'il a consacré notamment aux déterminations de la vérole sur la gorge est si remarquable qu'il fut longtemps cité, reproduit ou imité par beaucoup d'écrivains de l'époque. C'est un Willaniste décidé, qui s'efforce d'établir une concordance parfaite de date et de forme entre les syphilides[1] de la peau et des muqueuses ; il admet six variétés[2] de celles-ci au niveau de la cavité

1. On a appliqué le mot syphilide aux déterminations des muqueuses assez tard, quand on assimila les manifestations du tégument interne à celles du tégument externe.

2. Baumès a un peu trop multiplié ses divisions et subdivisions, probablement pour plus de clarté et pour serrer de plus près les faits.

Rappelons que c'est la première fois que les plaques muqueuses sont si nettement dépeintes ; les syphiliographes antérieurs les avaient certai-

bucco-pharyngienne. La première représente l'érythème guttural syphilitique, mentionné déjà à plusieurs reprises par les auteurs précédents et sur lequel La Martellières s'étendra un peu plus tard avec plus de détails. « Il est une forme qui correspond à la syphilis exanthématique de la peau[1]), ce sont *des plaques plus ou moins irrégulières*, d'un rouge plus ou moins vif, quelquefois blanchâtres au centre, sans gonflement ou avec un gonflement très léger de la muqueuse, se confondant insensiblement avec le reste de la membrane. Ces plaques apparaissent sur le palais, le voile, la partie interne des lèvres et des joues. Elles durent peu de temps et disparaissent en même temps ou plus tôt que l'éruption cutanée correspondante. Si cette forme paraît peu fréquente, c'est, d'un côté, parce que la syphilide exanthématique est peu commune elle-même et, de l'autre côté, parce qu'étant peu grave et ne gênant presque pas, elle échappe à l'attention.

« La forme correspondante à la syphilide papuleuse ou tuberculeuse consiste : 1° en véritables tubercules plats (plaques muqueuses), c'est-à-dire en élévations plates, annulaires ou ovalaires, mais moins élevées et moins nettement circonscrites qu'à la peau, offrant parfois à leur surface un aspect légèrement granulé, de couleur plus foncée que la muqueuse environnante, ne s'enflammant que passagèrement, et pas plus opiniâtres, pas plus difficiles à détruire que les tubercules plats de la peau ; siégeant dans les commissures des lèvres, en

nement entrevues (ulcères non excavés), mais très mal décrites et confondues avec les ulcérations véritables, tandis qu'ici le processus ulcéreux est tout à fait secondaire et accidentel (irritation).

1. Idée déjà émise par Herbert Mayo (voir plus haut).

dedans des lèvres et des joues, sur le voile et les piliers du voile du palais, vers les côtés mêmes de la base de la langue (amygdales).

« 2° En véritables papules ou petits tubercules ressemblant un peu aux papilles morbidement développées à la base de la langue, mais qui ne sont pas ordinairement douloureuses comme elles et siégeant sur le bord et la pointe de la langue. Elles sont quelquefois rugueuses et allongées, elles se terminent assez promptement par résolution. Ce n'est guère que par le contact réitéré d'excitants ou par le frottement d'une portion de dent anguleuse et tranchante qu'elles se transforment en ulcération.

« 3° Il y a une forme qui correspond à la syphilide squameuse, non par la présence de squames dont la formation et le séjour à la surface de la muqueuse buccale ne sont guère possibles, mais par la forme circulaire des plaques avec élévation, le gonflement, la rougeur de la muqueuse, qui dans une partie, surtout la partie centrale de ces plaques, montre l'épiderme soulevé, blanchâtre, ridé et, à sa chute, une ulcération très superficielle, grisâtre. Il est très probable que si l'épiderme soulevé, continuellement macéré par les fluides qui humectent la bouche, n'était pas bientôt entraîné, il formerait une véritable squame mince et assez étendue. Cette affection peut se présenter sur des points nombreux, le palais, le voile du palais, les amygdales, la face interne des lèvres, des joues, les commissures des lèvres, la langue même. Cette forme est plus tenace que les précédentes.

« 4° Une forme pustuleuse, correspondant à la syphilide pustuleuse, mais qui, par le peu de durée du soulèvement de l'épiderme, par la promptitude avec laquelle l'épiderme

détruit fait place à l'ulcération, se confond avec la forme suivante [1].

« 5° Une forme ulcéreuse gommeuse, correspondant à la syphilide ulcéreuse. C'est la plus commune, celle qui donne lieu à plus de considérations importantes par sa marche, sa durée, sa gravité, les progres rapides et les ravages qu'elle fait quelquefois dans la bouche, celle enfin par laquelle se terminent toutes les autres, lorsqu'elles sont exaspérées par une cause irritante On doit reconnaître quelques variétés, mais qui ne sont pas toujours faciles à distinguer des ulcères dus à d'autres causes. La première débute par des ulcérations superficielles à surface blanc grisâtre, dont la circonférence, sans former des bords nets, faciles à distinguer comme dans les autres ulcères, va se fondant insensiblement, comme par une sorte de biseau, avec la partie ulcérée plus déprimée, laquelle offre même à l'œil quelquefois une apparence telle qu'on dirait qu'il n'y a pas d'ulcération. Le pourtour de ces ulcérations est ordinairement, jusqu'à une distance plus ou moins grande, d'un rouge foncé contrastant avec le blanc mat de la surface ulcérée. C'est surtout lorsqu'elles occupent le voile du palais, les piliers du voile, les amygdales gonflées dans ce cas, que cette rougeur se fait remarquer. Elle manque souvent aux ulcères des lèvres à l'intérieur et à la surface interne des joues. Quelquefois tout le fond de la bouche est tapissé de ces ulcérations qui s'accompagnent d'un sentiment de gêne, de cuisson plutôt que de douleur, et ne gênent la déglutition que lorsqu'elles descendent assez bas vers la base des piliers du voile du palais. On dirait, à l'aspect et à la forme irrégulière de cette affection, que les parties ont subi

1. Lasègue fait allusion à cette forme.

une brulûre du premier et du second degré ; c'est là le genre d'ulcération qui fait principalement partie de l'ensemble des symptômes caractérisant les suites constitutionnelles de la blennorrhagie.

« La seconde variété a la forme chancreuse un peu mieux caractérisée ce sont des ulcères pas très profonds, intéressant cependant la plus grande partie de l'épaisseur ou toute l'épaisseur de la muqueuse, à fond grisâtre granulé, à bords inégalement découpés, quelquefois à pics, à pourtour peu ou point coloré en rouge, occupant les amygdales, le pharynx, les piliers du voile, la partie interne des lèvres et des joues, envahissant assez souvent aussi les environs des dents de sagesse ou les points même où ces dents doivent se développer ou commencent à se développer. Il faut prendre garde de les confondre alors avec des ulcérations à peu près semblables qui accompagnent l'issue de ces dents, lorsque la muqueuse est déjà disposée à s'enflammer, à se gonfler. Dans l'état normal, la muqueuse supporte, sans être lésée, la pression des dents, ou fragments de dents, quelque inégale qu'elle puisse être ; mais, quand la muqueuse des joues est irritée, enflammée, ces dents et fragments la blessent, la creusent et forment ainsi des ulcères qu'on ne peut pas facilement, au premier aspect, distinguer des ulcères vénériens, même en examinant les circonstances antécédentes et concomitantes ; quoi qu'il en soit, les ulcères dont il est question durent plus longtemps, sont plus tenaces, plus difficiles à guérir que les précédents. Ils laissent des cicatrices où la muqueuse, pendant assez longtemps, reste plus lisse, plus brillante, plus blanche que le reste de la muqueuse.

« La troisième variété affecte d'abord et presque unique-

ment les amygdales. C'est un ulcère semblable au chancre primitif qui, sans gonflement préalable des amygdales, les creuse comme le ferait un emporte-pièce, présente un fond jaunâtre et un pourtour rouge foncé, s'étend en tous sens, ronge quelquefois l'amygdale entière et envahit les parties voisines, atteint parfois l'orifice de la trompe d'Eustache et cause la surdité ou l'altération de l'ouïe du côté affecté plus souvent que les ulcérations précédentes. Cet ulcère n'occasionne dans quelques cas au début, ni gêne, ni douleur, ni embarras dans la déglutition; et lorsque le malade est averti par une de ces sensations qu'il a quelque chose dans la gorge, on est surpris de trouver l'affection qui a déjà fait bien du progrès. Le plus souvent sa marche est lente et s'accompagne peu de phénomènes de réaction générale. Cependant quelquefois l'inflammation est intense.

« Enfin la quatrième variété est un ulcère rongeant en partie comme un ulcère phagédénique dès le début, avec ou sans gangrène superficielle. C'est ce genre surtout qui est précédé et s'accompagne de douleurs parfois très grandes, de réaction fébrile, de gêne, d'impossibilité de déglutir, d'altérations de la voix, de l'ouïe, ce qui dépend de la manière dont les progrès de l'ulcère s'étendent vers la luette, la base, la partie postérieure des piliers du voile, la partie postérieure et supérieure du pharynx, la partie inférieure même postérieure du voile, du côté des fosses nasales, etc. Ce sont en effet ces parties ainsi que les amygdales qui sont le siège de ce genre d'ulcération. On peut cependant les observer aussi à la partie interne des lèvres, interne et postérieure des joues. L'inflammation et le progrès phagédénique sont quelquefois tellement grands que le tissu osseux

lui-même est affecté au *palais, derrière le pharynx, à la partie postérieure des fosses nasales*. Le cas devient plus grave. La marche est généralement plus rapide que dans l'affection précédente.

« 6° Nous pourrions joindre à toutes ces variétés la forme végétante qui est effectivement très souvent au nombre des symptômes consécutifs offerts par ces membranes, beaucoup moins fréquemment, il est vrai, pour la muqueuse de la bouche que par d'autres et surtout celle des parties génitales[1]. Nous la décrirons plus particulièrement en parlant des affections de la muqueuse de ces parties. Il nous suffira de dire ici qu'on remarque ces lésions à la bouche, vers la base de la langue, où elles sont fongueuses, du genre de choux-fleurs, ou appartenant à la variété de poireaux sessiles ou pédiculés, au voile du palais, à la luette, où elles offrent le même aspect et sont aussi parfois comme verruqueuses; en dehors de l'arcade dentaire inférieure, vers les dernières dents où elles sont souvent volumineuses, elles affectent plutôt la forme de poireaux, quelquefois de verrues composées d'un nombre infini de ces corps minces et longs juxtaposés, se déchirant facilement, mais repullulant avec une facilité extrême. »

Legendre (*Considérations sur les syphilides, Thèse de Paris*, 1841) ne dit rien de bien intéressant ni de bien nouveau sur les déterminations bucco-pharyngées qui ne rentraient pas du reste dans son sujet, puisque

1. Cette forme est une simple exagération inflammatoire des plaques; on a vu que Baumès fait un usage précieux et constant de la comparaison entre les manifestations de la zone bucco-pharyngée et celle de la zone génitale, en général plus accessible et où la plaque muqueuse a pu être beaucoup mieux étudiée qu'ailleurs. Cette méthode excellente sera continuée plus tard, notamment par Fournier.

les syphilides ont été longtemps regardées comme des affections cutanées par excellence.

Toute autre est l'importance du paragraphe consacré par Cazenave à ces manifestations. Il se préoccupait beaucoup de la plaque muqueuse, qu'il avait bien étudiée sur la peau. Il en avait décrit la saillie plate, la surface érodée et granulée, le suintement abondant. S'il avait eu le tort de la considérer parfois comme un phénomène initial ou même consécutif à une gonorrhée, bien que Hunter eût prouvé depuis longtemps que le chancre était le seul indice primitif de la vérole, il est plus heureux contre Ricord, quand il prouve que la plaque muqueuse, cet agent propagateur par excellence de la syphilis, est contagieuse par elle-même, qu'elle soit ou non un chancre modifié comme le voulait le maître de l'école du Midi. Cazenave a été un des principaux représentant à Paris de l'idée de la *diathèse vénérienne* opposée à l'hypothèse du virus soutenue par Hunter, Bell et Ricord. La plaque muqueuse serait le résultat d'une modification profonde de l'organisme, comme tous les accidents de la syphilis constitutionnelle, en vertu de laquelle l'économie répond désormais d'une façon spécifique aux causes d'irritations extérieures. « Quand les symptômes primitifs de la syphilis ont disparu, avec eux a pu s'éteindre la maladie toute entière. Les individus qui avaient été affectés, redeviennent alors ce qu'ils étaient auparavant, libres de toute contamination. Mais il peut arriver, surtout pour ceux qui ont été mal ou pas du tout soignés que la constitution ne se soit pas débarrassée complètement du poison morbide et il est aujourd'hui bien évident qu'il en est quelquefois ainsi, plus rarement il est vrai, pour ceux qui ont été traités continuelle-

ment et avec soin. Seulement c'est en raison alors de cette individualité que j'ai déjà signalée tant de fois. *Mais ce n'est plus un état maladif actuel;* il ne s'agit plus de la présence d'un poison qui entretient une réaction plus ou moins active, mais qui doit être passagère ; c'est un état général permanent, c'est une manière d'être différente, un *tempérament* nouveau, acquis, dont rien, absolument rien d'ailleurs, ne révèle l'existence, jusqu'à ce qu'un jour, sous l'influence d'une cause accidentelle, le plus souvent appréciable, il se traduise par des phénomènes spéciaux. Ces phénomènes constituent des symptômes secondaires. Les symptômes secondaires sont plus nombreux que les symtômes primitifs, ils traduisent des altérations plus variées. Ils peuvent être fournis par la peau, les membranes muqueuses, le tissu fibreux, le tissu osseux[1], sans que l'on puisse établir pourquoi tel tissu, tel organe est plutôt malade que tel autre, sans que l'on puisse saisir la moindre relation entre eux et telle forme ou tel siège de symptômes primitifs. D'un autre côté, quelques-uns des phénomènes secondaires sont plus fréquents que certains autres. Ainsi on observe beaucoup plus souvent les syphilides que les tumeurs gommeuses ou les exostoses. » Ces lésions que tout indiquait être le résultat tardif et plus intense que d'habitude de l'imprégnation syphilitique seraient parfois assez précoces, c'est-à-dire des manifestations secondo-tertiaires qu'on opposait à Ricord, quand celui-ci s'efforçait avec tant de raison de classifier les accidents véné-

1. Hunter avait déjà montré que les lésions fibreuses, cartilagineuses, osseuses sont parmi les accidents les plus tardifs de la syphilis constitutionnelle, synonyme, chez Cazenave de syphilis secondaire. Ricord fera de ces accidents tardifs son fameux tertiarisme.

riens d'après l'ordre chronologique. « Mais, bien que ces derniers surtout semblent trahir une contamination plus profonde (exostoses, gomme), je les ai vus, quelquefois, traduire tout d'abord la manifestation secondaire de la syphilis. » Par conséquent pour la gorge, par exemple, l'ulcère gommeux peut être hâtif suivant Cazenave, et sa précocité ne doit pas faire rejeter son existence. Voici comment évolueraient les accidents secondaires habituels du côté de la gorge. « La membrane muqueuse de la bouche, des amygdales, de la partie postérieure du pharynx, de la luette est souvent, *très souvent*, le siège d'une *inflammation chronique*, qui peut revêtir plusieurs caractères sans aller jusqu'à l'ulcération. La forme la plus simple consiste dans une *rougeur* érythémateuse, d'un aspect violacé, accompagnée d'un gonflement très léger d'ailleurs de ces parties qui sont sèches, luisantes, comme tendues; la déglutition est difficile, douloureuse, au moins dans les premiers moments. Le malade se plaint constammeut de la sécheresse de sa gorge. C'est surtout le matin au réveil, que cet état lui est le plus pénible. Si l'on examine avec attention la bouche et surtout l'arrière-bouche, on ne voit autre chose que cette injection particulière, répandue d'ailleurs *inégalement*, par *bandes*, surtout très appréciable le long des piliers et tout autour du voile du palais.

« Cette forme est très fréquente, soit qu'elle accompagne, comme nous l'avons dit plus haut une syphilide primitive, soit qu'elle complique une syphilide secondaire, soit que, succédant à l'une ou à l'autre, elle persiste seule avec une opiniâtreté souvent désolante. Quelquefois la membrane muqueuse, surtout à la paroi postérieure du pharynx, se recouvre de petites tumeurs comme granu-

leuses[1], tout à fait indolentes, ne dépassant pas le volume d'un très petit pois, à forme arrondie et qui viennent encore ajouter par leur présence aux difficultés de la déglutition. » L'œdème viendrait parfois surélever notablement les plans sous-jacents. « Dans d'autres circonstances analogues, d'ailleurs, la membrane muqueuse ne présente pas seulement cette injection caractéristique, mais il semble qu'elle soit soulevée légèrement dans quelques points par un liquide qui lui fait perdre sa coloration. Il en résulte de petits disques, ou des portions de disques (*plaques muqueuses*), chose remarquable, toujours très nettement arrondis, où la muqueuse offre une teinte opaline qui pourrait échapper à un examen superficiel, mais que l'on distingue parfaitement en examinant avec attention les piliers du voile du palais et la luette qui semblent en être le siège de prédilection. » Dans les lignes suivantes, la plaque muqueuse est plus nettement reconnaissable. « Enfin, chez quelques malades, les *plaques de la muqueuse* sont plus saillantes. Il semble que ce soit une pseudomembrane toujours en forme d'anneaux, à bords larges, à centre sain. Cette éruption, représentée par des disques tout à fait blancs, épais, est surtout répandue sur la muqueuse des joues, des lèvres, mais principalement sur les bords de la langue, quelquefois tout près de la pointe. Les anneaux sont d'ailleurs variables dans leur étendue suivant le siège qu'ils occupent, quelquefois de la largeur d'un centime à peine, à l'extrémité libre de la langue.

« Ils acquièrent le diamètre d'une pièce de vingt sous

1. Chomel venait de faire connaitre l'angine granuleuse, et de nombreuses communications commençaient à attirer l'attention des médecins sur ce nouveau type de pharyngite.

tout près de la base. Les diverses variétés de l'inflammation de la membrane muqueuse de la bouche et de l'arrière-bouche existent le plus souvent à l'état secondaire. Elles accompagnent presque toujours une syphilide, sans qu'il y ait d'ailleurs de rapport fixe et absolu entre elle, et telle ou telle forme des éruptions vénériennes. »

A côté de ces lésions plus ou moins érythémateuses, il y en aurait de rongeantes. « L'inflammation syphilitique des membranes muqueuses ne se borne pas toujours à une rougeur érythémateuse compliquée ou non de la présence d'une éruption plus ou moins saillante, arrondie, etc. Elle se traduit souvent aussi par de véritables ulcérations. Celles-ci peuvent exister sur tous les points de la muqueuse de la bouche, sur les amygdales, à la partie postérieure du pharynx, sur la pituitaire, à l'orifice de la glotte, du larynx lui-même, aux replis qui revêtent les ligaments thyro-aryténoïdiens, et même au-dessous; enfin jusque dans le tube intestinal. Elles présentent d'ailleurs partout les caractères tranchés. » Parmi ces lésions, les unes sont des ulcères non excavés (plaques muqueuses ulcérées), les autres des lésions gommeuses plus profondes et plus destructives que Cazenave ne distingue pas assez des précédentes. « Les lèvres, la surface interne des joues, du voile du palais, des piliers, présentent quelquefois des ulcérations ordinairement nombreuses, arrondies, à fond grisâtre, à bords nettement découpés, mais superficielles, entourées d'une auréole qui présente la couleur et toute l'apparence de l'érythème dont je parlais tout à l'heure.

« Ce qu'il y a surtout de bien remarquable dans le fait de ces ulcérations superficielles, c'est le peu de douleurs qu'elle déterminent, ce sont les traces légères qu'elles

laissent après elles, c'est l'*affreuse opiniâtreté* avec laquelle elles résistent quelquefois aux traitements les plus rationnels. Je connais, entre autres, un jeune homme très distingué, qui depuis huit ans est atteint de cette forme d'ulcères superficiels de la bouche, qui ont successivement et à plusieurs reprises occupé tous les points de la muqueuse, souvent même par de larges surfaces à la fois, qui, sous la direction de Biett et plus tard sous la mienne, a successivement épuisé, je crois, tous les moyens rationnels et qui, aujourd'hui encore, n'est pas débarrassé complètement de cette pénible affection. » Ce qui suit a trait à la gomme. « Les ulcérations des amygdales sont ordinairement plus profondes et plus larges; leurs bords, exactement taillés à pics, présentent une surface grisâtre, déprimée, arrondie, qui pénètre quelquefois toute l'épaisseur de la glande. Cette ulcération envahit souvent le pilier du voile du palais et détruit la luette. Ici encore les souffrances du malade ne sont généralement pas en rapport avec la gravité et l'étendue de l'affection.

« Si l'ulcération affecte la paroi postérieure du pharynx, elle est toujours large, bien arrondie; son centre, assez profondément creusé, repose sur une surface tuméfiée; elle se recouvre d'une matière muqueuse grisâtre, les bords sont nettement découpés. Quelquefois cette ulcération est difficile à découvrir, au moins dans un examen superficiel; cachée derrière la luette, elle remonte quelquefois très haut, où elle s'étend assez loin en largeur. C'est dans ces cas, plutôt encore que dans les ulcères des amygdales et des piliers du voile du palais, que l'inflammation ulcérative est compliquée d'otalgie pénible, avec tintement d'oreilles, otalgie qui se renouvelle surtout toutes les nuits.

« Toutes ces ulcérations, soit qu'elle constituent un symptôme primitif, soit qu'elles se manifestent comme symptômes secondaires, accompagnent très fréquemment les syphilis. »

Cullerier fait rentrer la plaque muqueuse et la gomme dans la papule[1], terme générique, qui, pour lui, constitue l'élément essentiel des éruptions syphilitiques, la plupart de celles-ci n'en étant qu'une simple modification. « Parmi toutes les maladies cutanées qui peuvent coïncider avec les symptômes syphilitiques primitifs ou leur succéder après un temps plus ou moins long, il en est une beaucoup plus commune que les autres et dont nous devons nous occuper tout d'abord, c'est la papule syphilitique ou syphilide papuleuse, que les auteurs divers ont observée et décrite, particulièrement sous les noms de *plaque muqueuse*, de pustule muqueuse, de tubercule syphilitique, de *pustule lenticulaire plate*, et qu'ils ont aussi nommé rhagades dans quelques circonstances. Cette forme de syphilis ne nous paraît pas avoir été examinée avec tout le soin qu'elle mérite et c'est en lui donnant une attention toute particulière et en l'observant sur tous les tissus et à toutes les époques de son existence que nous sommes parvenus à quelques connaissances qui ne sont pas sans intérêt pour la pratique. Il est résulté de nos observations, que, loin qu'il faille multiplier les divisions, on doit au contraire rapporter à la syphilide papuleuse plusieurs affections considérées jusqu'à présent comme distinctes. » Cullerier avait raison puisque le syphilome, c'est-à-dire l'inflammation nodulaire, l'amas de cellules néoformées est la base de ces lésions anatomiques depuis le chancre jusqu'à la gomme.

1. Pour Fournier, l'origine de la plaque sera multiple.

« Toutes les parties de la peau, dit l'auteur, et les portions avoisinantes des muqueuses présentent la lésion que nous étudions et qui revêt des formes en apparence très différentes suivant le siège qu'elle occupe.. ; qnand les membranes muqueuses du gland, du prépuce, de la vulve, du vagin, de l'anus, des cavités nasales, de la *bouche*, du *pharynx* et du voile du palais sont prises de syphilide papuleuse, on voit cette forme morbide prendre un développement plus considérable que partout ailleurs et montrer une tendance particulière à l'ulcération, surtout sous l'influence de la malpropreté et du mauvais régime. On conçoit par exemple, d'après la structure et la continuelle mobilité des parties, comment dans le voile du palais l'ulcération marche si rapidement et produit de si graves désordres, et pourquoi les os sous-jacents sont tant de fois détruits et perforés. » Et plus loin : « Il faudrait pouvoir entrer dans la description des cas particuliers pour faire connaître toutes les lésions tant passagères qne permanentes que peut produire la syphilide et les conséquences qui peuvent s'y rattacher. Nous montrerions le nez tout entier détruit, la voûte palatine percée, les lambeaux du voile du palais déchiquetés par l'ulcération, se réunissant de la manière la plus bizarre de façon à *fermer* le pharynx[1] et à gêner assez le passage de l'air lui-même pour qu'on ait été obligé de pratiquer la trachéotomie, etc. ». L'auteur conclut : « Considérée de cette manière qui n'a rien de forcé, la syphilide papuleuse renferme à elle seule le plus grand nombre des affections vénériennes secondaires. » Ces syphilides, particulièrement destructives sur les

1. Cullerier, ainsi que plusieurs de ses devanciers, connaissaient donc le rétrécissement syphilitique du pharynx.

muqueuses ou les régions de la peau exposées au frottement et aux irritations, auraient une marche essentiellement lente et atone, à moins qu'elles ne soient modifiées par le traitement. Dans les régions génitales ou buccopharyngées, il y aurait une sensation de démangeaison, d'ardeur ou même de douleur véritable. « Quand la syphilide papuleuse occupe le voile du palais, le pharynx, les cavités nasales, la cautérisation est très utile. »

En 1844, un an après l'apparition du Traité de Cazenave, Vidal de Cassis, alors à l'hôpital du Midi, publiait dans les *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, une observation des plus intéressantes de vérole tertiaire du pharynx survenue treize ans après l'apparition des accidents primitifs et bien propre à attirer l'attention sur ces accidents tardifs du mal. Il s'agit d'un individu âgé de trente-six ans, ayant contracté en 1830 la maladie dans une maison publique. Il n'aurait jamais présenté dans l'intervalle d'accidents spécifiques. « Au mois de juin de l'année dernière, il commença pour la première fois à éprouver une sensation de gêne douloureuse de la déglutition en même temps qu'une difficulté de respirer par la narine droite. Ces symptômes augmentèrent peu à peu, et s'accompagnèrent de douleur modérée à la gorge, même hors le temps de la déglutition. Bientôt il s'y joignit de la toux et un écoulement muco-purulent par la narine droite. Cet écoulement, d'abord inodore, prit une odeur désagréable. Enfin il y a un mois, il se manifesta dans les fosses nasales des douleurs modérées, qui jusqu'à ce jour ont toujours augmenté et qui maintenant incommodent le malade, principalement la nuit, où elles se font sentir le plus vivement ; en même temps il survient une croûte au-dessous de la narine

droite; le nez et la voûte palatine commencent à se déformer, et la déformation a constamment augmenté depuis; c'est ce qui l'a engagé à venir se faire soigner à Paris.

« A l'examen, le nez est aplati et l'aplatissement paraît dû à la destruction du cartilage de la cloison; les parties osseuses paraissent avoir la forme normale, le malade affirme qu'il n'y a que la partie inférieure qui a subi une transformation. Cette déformation a eu pour résultat de rendre le diamètre antéro-postérieur des narines extrêmement étroit, rendant impossible l'exploration de l'intérieur des fosses nasales; une assez grande quantité de fluide muco-séro-purulent roussâtre s'écoule par la narine droite, à la partie supérieure de la lèvre; dans toute la portion correspondante à cette narine, ainsi que sous l'aile du nez existent une croûte épaisse jaune blanchâtre, se prolongeant dans l'intérieur du nez, une tuméfaction environnante peu prononcée, et un liseré d'un rouge violacé d'une à deux lignes de large suivant les points. La voûte palatine semble être rétrécie, surtout en avant, où elle offre de plus une élévation considérable de sa partie moyenne; il en résulte que les incisives supérieures moyennes sont sur un plan supérieur de près d'un centimètre à celui des latérales inférieures et que la rangée des incisives supérieures forme une courbe très prononcée à concavité inférieure; toutes ces dents sont ébranlées mais aucune n'est tombée; le voile palatin est détruit dans sa moitié inférieure; ce qui reste est tendu horizontalement jusqu'à la partie postérieure du pharynx; le bord libre se trouve être postérieur et est entièrement occupé par une ulcération. Le pharynx et les amygdales sont à l'état d'intégrité parfaite. La voix n'est pas altérée;

les liquides et la soupe reviennent quelquefois par le nez pendant la déglutition, mais non pas d'une manière constante; les solides ne reviennent jamais. L'haleine, ainsi que le liquide qui s'écoule par le nez, a une odeur fétide très prononcée. Des douleurs existent dans la région du front et de la gorge, des fosses nasales et de la lèvre supérieure; ces douleurs s'exaspèrent ordinairement tous les soirs de neuf à onze heures; elles sont très supportables dans la journée. Depuis deux jours existent des douleurs vagues très légères dans la profondeur des membres. Ceux-ci n'offrent aucune lésion anatomique appréciable.

« Les fonctions générales sont conservées, le sommeil seul est détruit pendant la première moitié de la nuit.

« Tr. tis. de salsp.; deux pilules de Dupuytr. 2/5 de portion.

« Le 20 mars, aucune amélioration: l'ulcération de la lèvre supérieure gagne en étendue et en profondeur; l'écoulement nasal est plus considérable et fétide; les douleurs sont les mêmes ainsi que les fonctions générales; 1 pil. de plus.

« Malgré ce traitement, l'ulcération s'étend toujours et les autres symptômes restent stationnaires; le 5 avril, suppression des pilules remplacées par l'iodure de potassium à la dose de 1 gramme.

« Le 10, amélioration sensible des douleurs; les bords de l'ulcération de la lèvre sont aussi un peu moins rouges, et paraissent un peu moins élevés; un peu plus de sommeil. On donne 2 gr. du médicament et jusqu'à 7 gr. en augmentant d'un gramme tous les quatre à cinq jours. Le 15, la cicatrisation de la lèvre commence d'une manière non douteuse; les bords de l'ulcération pâlissent

et s'affaissent; la sécrétion nasale devient moins abondante, moins épaisse et moins fétide; les douleurs ont entièrement cessé le 25. L'amélioration continue sans interruption et la guérison est complète le 14 mai. Il n'y a qu'une très légère sécrétion muqueuse transparente non fétide, par le nez; l'haleine est aussi sans odeur; les dents et la voûte palatine conservent la forme indiquée; mais les premières sont solides dans leurs alvéoles; enfin le voile du palais est totalement cicatrisé; il conserve également la forme déjà décrite, et quelques rougeurs cuivrées persistent sur la face antérieure devenue inférieure. Malgré la perte de substance éprouvée par le malade, la déglutition se fait à peu près normalement; les liquides ne reviennent plus par le nez; on continue le traitement jusqu'au 22 mai, jour de la sortie du malade. Celui-ci habitué à fumer cinq à six pipes par jour en a toujours fumé sept à huit depuis qu'il est à l'hôpital, malgré les recommandations contraires qu'on lui a faites. Depuis lors jamais de ses nouvelles malgré sa promesse. »

En 1845, Davasse et Deville firent paraître un mémoire important sur les *plaques muqueuses* en général. Ils appuient surtout leur étude sur les variétés cutanées et génitales plus susceptibles que les autres d'un examen facile et approfondi. Pour bien comprendre ces auteurs, il faut se rappeler les discussions passionnées que soulevait alors la véritable nature et le pouvoir contagieux de cette éruption syphilitique, qui, avec Bazin, deviendra en quelque sorte l'élément spécifique de la vérole.

Ils rappellent que Ricord lui-même hésitait devant cette manifestation qu'il qualifiait de bizarre, voilée dès le début, insidieuse dans sa marche. Placés à l'hôpital de Lourcine,

c'est-à-dire en très bon lieu pour observer cet accident secondaire, ils n'admettent pas, avec les partisans de Willan et de Bateman, qu'il s'agisse d'un tubercule, d'une papule ou d'une pustule; car souvent toute saillie ferait défaut ou serait très irrégulière, n'existant qu'en certains points et pas dans d'autres. « C'est un symptôme syphilitique particulier, caractérisé par des élevures saillantes plus ou moins rosées, d'une forme assez souvent arrondie, recouverte par une surface ressemblant à une muqueuse, siégeant au voisinage des ouvertures naturelles du corps (anus, vagin, bouche, pharynx). » Sur cent quatre-vingt-six cas de syphilides secondaires de cette nature, il y avait cinquante fois plaques à l'anus, quarante fois plaques au périnée, dix-neuf fois plaques aux amygdales, huit fois plaques au nez, six fois plaques à la langue, deux fois plaques au palais et cent soixante-quatorze fois plaque à la vulve. « D'après le tableau précédent, on a pu voir que les organes génitaux externes et les parties voisines étaient chez les femmes le siège de prédilection des plaques muqueuses. C'est là qu'on les trouve le mieux caractérisées sous toutes leurs formes. C'est là enfin qu'on peut le mieux étudier leur mécanisme et les phases de leur évolution. » Ils insistent sur la fréquence extrême de cette manifestation de la vérole, dont ils décrivent parfaitement la forme, la coloration, le volume, la consistance, le nombre (discrètes ou confluentes). Ils montrent que ces plaques finissent par se dessécher. « Elles se raccornissent, s'effritent au niveau de leur épithélium, cessent d'être le siège de démangeaisons. Parfois elles s'enflamment, s'ulcèrent. » Ils soutiennent que Hunter et son annotateur Babington n'ont pas su les distinguer suffisamment d'autres syphilides. Leur peu

de saillie dans certains cas porterait du reste à ces confusions. Davasse et Deville penchent vers les idées de Ricord ; cependant ils ne peuvent se dissimuler que parfois les faits sont peu d'accord avec la théorie et qu'il n'est pas facile toujours de démontrer qu'il s'agisse de chancres modifiés *in situ* et prenant une apparence anormale.

Schutz, dans le *Prager Vierteljahrschrift* de 1847 a fait des remarques intéressantes sur ce que les Allemands appelaient généralement encore (comme Trojà au siècle passé) *angina syphilitica*. Sur les mille deux cents syphilitiques qu'il a examinés à ce point de vue, il a distingué une forme érythémateuse, une pharyngite plus grave et enfin une variété ulcéreuse. La première, la plus fréquente, siégerait à l'isthme et s'annoncerait par de la rougeur plus ou moins généralisée, des taches grisâtres ; il n'y aurait pas d'ulcération et tout au plus des érosions entraînant un peu de dysphagie. Il rappelle que, suivant Ricord, il s'agirait d'un exanthème équivalant à la roséole cutanée. Schutz, sans oser l'affirmer, pense que bien des angines soi-disant simples sont en réalité syphilitiques. Il nie que le mercure doive être incriminé dans la pathogénie de ces accidents, contrairement à ce que soutenaient certains auteurs. Dans la pharyngite bien nettement vénérienne, en outre de la rougeur, de la turgescence de la muqueuse, on rencontrerait des ulcères blanchâtres superficiels, arrondis, résistants, parfois calleux ; le larynx serait souvent très atteint. L'ulcère perforant du voile succéderait toujours à une gomme suivant Ricord ; on le rencontrerait aussi à la face postérieure de l'organe. Schutz en donne une bonne description clinique.

Andral, dans son *Traité de pathologie*, a dit quelques

mots sur les syphilides des muqueuses. Il se contente de rapporter les idées traditionnelles, c'est-à-dire celles de Hunter, de Bell, de Babington, etc. S'il distingue une forme érythémateuse, il ne différencie pas les plaques muqueuses des ulcérations gommeuses. Il rappelle que le processus parfois peut détruire « le voile du palais, les parties osseuses de la voûte palatine, et amener la carie de la partie antérieure des vertèbres cervicales ». Ces déterminations bucco-pharyngées se retrouveraient aussi dans la syphilis secondaire, « qui ne donne jamais lieu qu'à des accidents secondaires, et ceux-ci se développent à une époque assez variable. Celles de la bouche succéderaient au coryza ; elles amèneraient souvent des ravages considérables. »

Dans le *Traité des maladies vénériennes* de Ricord, on trouve un cas très tardif de gomme développée dans l'épaisseur du voile du palais. « Il s'agit d'un individu de trente-trois ans, né de parents sains, bien portant, ayant contracté à l'âge de quinze ans un chancre infectant de la base du gland. Depuis lors, pas d'accidents et santé parfaite, quand, au mois de juin 1844, il éprouva de la gêne à la déglutition, pendant les efforts de toux et le bâillement. Les douleurs se faisaient sentir du côté des fosses nasales postérieures, pendant qu'il se mouchait. Une céphalée occipitale et nocturne se manifesta en même temps. Un jour, pendant que le malade examinait sa gorge, il s'aperçut que la luette était plus pendante que de coutume et que le voile du palais environnant était tuméfié. Comme il ne faisait aucun traitement, les parties tuméfiées ne tardèrent pas à s'ulcérer ; il se décida à venir réclamer nos soins à l'hôpital.

« Voici ce que nous avons constaté : la partie moyenne

du voile du palais et la base de la luette étaient le siège d'une ulcération profonde, ovoïde, à bords taillés à pic ; le fond était tapissé d'une pseudomembrane jaune grisâtre. Les parties qui environnaient cette ulcération étaient rouges et œdématiées. La luette, pendante sur la base de la langue, paraissait ne plus suivre les mouvements du voile du palais.

« Il s'agissait d'un de ces tubercules ulcérés qui se développent si souvent dans le tissu cellulaire sous-muqueux de cette région. Ces tubercules, quand ils sont méconnus et quand on ne leur oppose pas à temps un traitement convenable, ne tardent pas à diviser le voile du palais dans son épaisseur et à détruire la luette. Ce qu'il y a surtout à redouter dans cet accident, c'est sa marche souvent insidieuse. La fonte purulente du tubercule s'effectue entre les feuillets muqueux qui lui servent d'enveloppe ; le travail ulcératif peut commencer par derrière, et rien n'en trahit la présence aux regards de l'observateur inattentif ou inexpérimenté, jusqu'au jour où le voile, aminci en avant, venant à se déchirer, met à découvert les ravages du mal qu'on avait jusqu'alors méconnu ».

Comme un grand nombre des syphiliographes de l'époque, Maisonneuve et Montannier comparent les éruptions des muqueuses à celles de la peau, l'analogie paraissant maintenant de plus en plus évidente. « On pourrait, disent-ils, très bien les appeler *syphilides des muqueuses*, car de même qu'il y a la plus grande analogie de structure entre les muqueuses et la peau, de même il y a analogie complète entre les maladies syphilitiques qui attaquent la peau et celles qui frappent les muqueuses. On pourrait aussi, dans l'étude de ces der-

nières, suivre absolument les mêmes divisions que nous avons déjà établies dans l'étude des syphilides et nous arriverions aux mêmes familles, aux mêmes espèces, aux mêmes variétés. » Dans un but de simplification, ils n'en font cependant rien, parce que ces syphilides muqueuses sont plus difficiles à reconnaître que leurs correspondantes cutanées, à cause de leur siège plus profond; d'ailleurs elles ne deviendraient intéressantes, cliniquement parlant, que quand elles s'accompagnent d'un processus ulcéreux, le malade ne recourant au médecin que pour des faits de cette nature. Ils ne décriront donc pour la cavité buccopharyngée qu'une variété érythémateuse et une variété ulcéreuse.

La première affecterait rarement du premier coup toute l'étendue de la muqueuse, se cantonnant d'abord aux joues, à la langue, aux amygdales. « Elle est caractérisée par des plaques ou des bandes d'un rouge vif, luisant, qui ne tarde pas à devenir sombre et presque livide, par une sécheresse marquée de la bouche, une tension assez vive des parties, une gêne plus ou moins grande dans l'acte de la mastication ou dans celui de la déglutition. » Tout cela sans fièvre, sans réaction générale sensible. Au milieu de cette rougeur, on observerait çà et là quelques granulations douloureuses ou même parfois quelques taches blanchâtres parfaitement arrondies (plaques muqueuses) ou même quelque chose d'analogue à une *fausse membrane* (diphtérie syphilitique des écrivains postérieurs). Au bout de deux, trois, quatre ou parfois sept semaines, les accidents disparaîtraient.

Les ulcérations, toujours précédées ou accompagnées de l'érythème précédent, se montreraient surtout aux amygdales, au voile, à la langue, aux joues. « Elles sont

arrondies, grisâtres, pultacés, à bords taillés à pic. Sans être superficielles comme les taches précédentes, elles ne seraient en général pas très profondes. Elles présentent une indolence remarquable, sauf celles des amygdales qui provoquent de la dysphagie. Parfois (ulcérations gommeuses) elles sont plus profondes et traversent par exemple les tonsilles de part en part. Elles peuvent détruire le voile, ulcérer profondément la paroi postérieure du pharynx. Les tintements d'oreille et les bourdonnements, et parfois de l'otite véritable, sont assez fréquents pendant leur évolution, mais non constants, comme l'ont affirmé certains auteurs. »

Vidal de Cassis (*Traité de la syphilis*) rapporte textuellement, au début du paragraphe consacré aux syphilides bucco-pharyngées, les six variétés admises par Baumès. Mais il fait ensuite quelques réserves sur les subdivisions de cet auteur qu'il croit trop multipliées. « Il est probable que les diverses formes décrites par Baumès correspondent à des faits qu'il a observés. Mais je pense que dans l'intérêt de l'enseignement et de la pratique, il faut ici invoquer la synthèse.

« Je réduis donc à deux formes les ulcérations de la cavité buccale : 1° une superficielle qui se borne quelquefois à une légère érosion, et qui, dans le plus grand nombre des cas, ne dépasse pas la muqueuse ; c'est celle qui marche avec les syphilides et les imite plus ou moins ; 2° l'autre plus profonde ; celle-ci détruit la muqueuse comme les organes qu'elle recouvre, et, en général, ce n'est pas par cette membrane que l'affection commence, mais par le tissu cellulaire qui la double, et même par des tissus plus profonds. Cette forme d'ulcération peut être observée en l'absence de toute syphilide, souvent après

que l'affection de la peau a disparu et quand la vérole est entrée dans ses dernières périodes. Ces ulcérations sont ordinairement précédées par un gonflement moitié inflammatoire, moitié œdémateux des parties qui vont être affectées, gonflement qui commence déjà à gêner la déglutition, la phonation. Quelquefois l'ulcération la plus profonde, celle qui va détruire la luette, le voile du palais ou une amygdale, n'est annoncée que par ces lésions fonctionnelles qui elles-mêmes sont souvent très peu prononcées ; le malade alors reste dans la sécurité la plus parfaite.

« Mais bientôt le travail qui s'opérait sous la muqueuse détruit cette membrane dans une étendue plus ou moins considérable et alors apparaît une ulcération taillée à pic, à bords plus ou moins dentelés, entourés par un gonflement rouge, œdémateux, ulcération à fond comme tapissé par une fausse membrane jaune-grisâtre. C'est quelquefois la luette qui est emportée avec la partie moyenne du voile du palais ; ici surtout, la marche de l'ulcération peut être insidieuse, car le travail d'ulcération commence quelquefois par la face postérieure du voile. C'est, une autre fois, le pharynx qui est atteint à la partie postérieure ; alors, quand l'ulcération n'est pas très étendue, qu'elle est centrale, on peut voir le fond jaune et les bords plus ou moins œdématiés ; mais il est des cas où l'on ne peut préciser ces limites, car on ne peut découvrir entièrement l'ulcération soit en abaissant la langue, soit en relevant le voile du palais.

« Dans les cas d'ulcération aussi étendue du pharynx, le gonflement des bords devient considérable et gagne la trompe d'Eustache ; de là, plus ou moins de surdité. Quelquefois les deux amygdales sont affectées de cette ulcération profonde, mais jamais au même degré des

deux côtés. Il arrive que l'ulcération ne creuse qu'une de ces glandes. On peut observer cette même ulcération à la langue, soit à sa base, soit à un ou deux de ses bords. Le malade atteint de ces ulcérations profondes se plaint en général de douleurs nocturnes; et quand c'est l'arrière-bouche qui est affectée, à la gêne de la déglutition, de la phonation, se joignent des douleurs pendant les mouvements du cou. Quels que soient la forme de l'ulcération, sa profondeur, ses rapports avec les autres accidents syphilitiques, il peut y avoir développement des ganglions sous-maxillaires, ou absence de ce phénomène.

« Le praticien a un double motif pour bien étudier cette dernière forme d'ulcération, d'abord parce qu'elle marche quelquefois avec une grande rapidité et peut causer ainsi les plus grands dégâts en peu de temps, ensuite parce que c'est un des triomphes de la thérapeutique. »

« *Ulcération chancreuse* — Quelques auteurs ont déjà employé cette dénomination pour rappeler la ressemblance qu'elles offrent parfois avec le chancre huntérien. On ne les voit que rarement sur le voile du palais et ses piliers ; leur siège de prédilection est l'amygdale et elles y sont toujours en petit nombre. Babington les a décrites dans sa première variété (*Notes sur Hunter*, p. 558).

« Ces ulcérations peuvent être une des manifestations les plus hâtives de la syphilis constitutionnelle ; nous les avons vues une fois au dixième jour de l'induration du chancre. Elles se joignent presque toujours à un certain degré de phlogose des amygdales ; aussi l'affection s'annonce-t-elle au début comme une angine inflammatoire aiguë.

« Lorsque, dans un cas de ce genre, on vient à examiner la gorge peu de jours après l'invasion de la maladie, on est surpris de voir les amygdales déjà envahies par des ulcérations profondes. Suivant Babington, elles seraient précédées des phénomènes suivants : « l'amygdale est légèrement gonflée ; on aperçoit quelque chose de jaune qui a son siège dans la substance de cet organe, et brille à travers la membrane qui en recouvre la surface encore intacte. Au bout d'un ou deux jours l'ulcération s'établit et laisse apparaître une escarre jaune ou blanche qui pénètre profondément dans le centre de l'amygdale ; cette espèce d'ulcère de la gorge coïncide souvent avec les éruptions tuberculeuses du tégument commun. » (*Loc. cit.*) Ce mode d'ulcération se rapprocherait de celui qui survient dans l'ecthyma ; mais on peut se demander si l'auteur n'a pas interprété dans son sens certains phénomènes, sans en avoir observé la succession. Cette réflexion nous est suggérée par les expressions que nous trouvons dans ce passage, et qui semblent parfaitement applicables à d'autres lésions qui ne se terminent pas par ulcération. Quoi qu'il en soit, quand nous avons trouvé ce genre de lésions, l'ulcération était déjà ancienne et présentait les caractères suivants : elle était située sur l'amygdale augmentée de volume, et dont la muqueuse offrait plus ou moins de rougeur. Sa forme était régulièrement circulaire ; ses bords, taillés à pic, comme à l'emporte-pièce, ou renversés au dehors, étaient déchiquetés et dentelés. La surface et le fond, dépourvus de granulations, étaient revêtus d'une couche de matière grise inégalement disposée.

« La durée de ces ulcères est extrêmement longue, si les malades sont abandonnés à eux-même. Lorsqu'on

examine la gorge à une période avancée, quand déjà la réparation s'effectue sous l'influence d'un traitement général, la coloration grise disparaît, la perte de substance est comblée par des bourgeons charnus qni s'élèvent du fond de la plaie ; l'ulcération est remplacée par une surface rouge à fines granulations, sur laquelle la cicatrisation s'effectue.

« Les ulcérations secondaires des amygdales sont quelquefois profondes et font éprouver à la muqueuse une perte de substance assez considérable pour qu'il reste une cicatrice déprimée et foncée. Si ces cicatrices sont plus rares qu'on pourrait le croire au premier abord, c'est que la tuméfaction de la muqueuse relève les bords de l'ulcère et fait paraître leur solution de continuité plus profonde qu'elle n'est en réalité.

« Nous avons vu une ulcération de l'amygdale remplacée par une cicatrice infiltrée et élevée au-dessus de la muqueuse, analogue aux cicatrices de certains ulcères scrofuleux; la malade portait des stigmates de scrofules au cou. Cette saillie s'effaça elle-même, et la cicatrice resta confondue avec la muqueuse.

« Les ulcérations des amygdales doivent être considérées comme un symptôme fréquent de *syphilis héréditaire* chez les enfants. Sur sept enfants affectés de syphilis constitutionnelle avec lésions de la gorge, quatre fois l'ulcère des amygdales était l'altération caractéristique de l'angine. »

Quel que soit le mérite de Baumès, de Ricord et de Cazenave, peut-être n'auraient-ils pas modifié très profondément les idées de leurs contemporains, si leurs importantes remarques cliniques n'avaient été en quelque sorte incorporées et pour ainsi dire élaborées, déve-

loppées dans la *Thèse de la Martellières*, œuvre des plus distinguées, qui eut un notable retentissement à l'époque et est fréquemment consultée encore aujourd'hui, à cause des excellents et nombreux matériaux cliniques qu'elle contient. Une fois de plus se fait sentir l'influence bienfaisante de la monographie consciencieuse, de la bonne mise à point que nous avons eu à signaler bien souvent déjà dans d'autres chapitres de cet ouvrage et consacrée à l'étude des lésions qu'il englobe dans la dénomination traditionnelle d'angine syphilitique. Tous les coins de la question sont étudiés avec le plus grand soin. L'auteur montre d'abord avec quelle fréquence est atteint, au cours de la vérole, la cavité bucco-pharyngée. « Sur soixante-douze adultes affectés de symptômes constitutionnels de syphilis, ayant eu au moins un chancre induré, nous n'en avons trouvé que vingt et un dont la gorge n'ait présenté d'ulcérations à aucune époque du séjour qu'elles ont fait à l'hôpital. » La proportion serait moindre encore que ce chiffre. Les malades qui nous disaient n'avoir éprouvé que quelques phénomènes de ce côté avant leur entrée dans la salle, et chez lesquels nous n'avons plus trouvé de lésions, quand ils ont été soumis à notre examen ont été exclus. » Quant aux enfants de quelques jours à vingt mois, sur quatorze, la moitié eut des déterminations buccopharyngées très nettes. L'auteur cite comme siège le plus fréquent les amygdales, les piliers, le voile et le pharynx. Dans l'étiologie, il fait une part assez large aux irritations locales. « Tout individu chez lequel il existe une syphilis constitutionnelle devient sujet, par ce seul fait, à voir les manifestations diathésiques se porter sur la gorge, en vertu des lois d'évolution de la syphilis que nous ne connaissons que par leurs

effets ; on peut admettre cependant que ces déterminations de la maladie peuvent être attirées sur tel ou tel organe par certaines causes occasionnelles. Ne sait-on pas que l'irritation de la muqueuse buccale est la cause de l'apparition des plaques muqueuses chez les fumeurs et qu'elles se manifestent sur le point même qui est en contact avec le tuyau de pipe trop fortement chauffé? Les plaques muqueuses ne sont-elles pas plus nombreuses aux parties génitales chez les personnes qui s'abandonnent à une malpropreté repoussante? De même pour l'angine syphilitique, nous avons pu, dans plusieurs cas, constater l'action de causes réelles, telles que des efforts de voix dans le cri ou dans le chant, nécessités par les professions des malades, des excès alcooliques, ou refroidissements, l'habitude morbide des angines inflammatoires chez certains individus constitue pour eux une prédisposition à l'angine syphilitique.

« Les causes ordinaires de l'angine inflammatoire simple peuvent donc devenir celles de l'angine syphilitique. Il faudrait bien se garder de déduire de ces faits, par une généralisation trop étendue, que les lésions nées d'influences diverses prendraient toujours le caractère syphilitique, chez un individu qui a la vérole ; mais quand il est facile de constater chaque jour l'influence de ces causes pour opérer une recrudescence ou prolonger la durée de l'angine syphilitique, on ne peut nier qu'elles n'aient, primitivement, quelque puissance sur son développement. »

La Martellières admet, comme Bell, comme Petit-Radel, etc., une période initiale sans réaction locale et générale ou au contraire à forme angineuse. « L'angine syphilitique se présente à son début sous deux formes tout oppo-

sées. Tantôt les phénomènes initiaux sont accompagnés de réactions inflammatoires intenses, tantôt ils se présentent d'emblée avec le caractère de chronicité que la maladie conservera pendant toute sa durée. Ce sont là du moins les formes extrêmes et les plus tranchées, entre lesquelles se placent une foule de nuances intermédiaires qui les rattachent l'une à l'autre et que ne peut embrasser toute la description. Ainsi les phénomènes inflammatoires intenses ou très légers, ou peu durables, font place à l'état chronique, qui persiste jusqu'à la fin ; tandis que dans d'autres cas ils se surajoutent temporairement à un état chronique dès le début. Lorsque les symptômes inflammatoires de l'angine prennent une certaine acuité, ils se rapprochent de ceux de l'angine tonsillaire ; car presque toujours, dans ce cas, il y a une tuméfaction plus ou moins considérable des amygdales. Cependant ils n'atteignent jamais l'intensité qu'on leur voit prendre dans certaines amygdalites qui se terminent par suppuration ; ils se prolongent souvent à l'état subaigu. Les symptômes de l'angine tonsillaire se trouvant décrits dans tous les livres de pathologie, il faut seulement noter la concomitance des lésions de la gorge et de l'engorgement chronique des ganglions sous-maxillaires, ou de ceux de la région moyenne du cou.

« Dans le cas où l'angine syphilitique s'annonce avec ce cortège de symptômes, l'inspection de la gorge, dès le début ou lorsque les phénomènes inflammatoires se sont apaisés, ne laisse ordinairement guère de doute sur l'origine spécifique de la maladie.

« On constate alors l'existence d'ulcérations profondes, d'érosions superficielles, ou de simples modifications dans la texture et l'aspect de la muqueuse.

« *Dans un grand nombre de cas, les phénomènes de l'angine sont si peu douloureux qu'ils n'attirent pas l'attentions des malades* ; on ne les constate qu'en dirigeant ses investigations sur ce point. »

La marche des déterminations pharyngées de la syphilis dépendrait de leur mode d'apparition chronologique.

« L'angine syphilitique est susceptible de se montrer *à toutes les époques de la syphilis constitutionnelle* ; elle en est tantôt la manifestation la plus *précoce*, tantôt elle se montre à une époque *extrêmement éloignée de l'infection*. Sous le rapport de l'époque de leur apparition, les affections de la gorge offrent autant de variations que celles de la peau. On observe aussi la même règle que dans la succession des syphilides, c'est-à-dire que les lésions de la gorge, *légères et superficielles* quand elles *suivent de près* l'infection sont d'autant plus *graves* et plus *profondes* qu'elles se montrent à une *époque plus éloignée*.

« Il y a donc une distinction à établir entre les lésions des diverses périodes de la syphilis, distinction importante au point de vue de la séméiologie et de la thérapeutique ; si nous ne la prenons pas pour base fondamentale de nos divisions, c'est qu'il nous a paru préférable de les faire reposer sur les différences anatomiques plus saisissables. Les différents modes de symptômes syphilitiques secondaires sont plus variés dans leur expression que ceux de la syphilis tertiaire ; l'ulcération, qui est le caractère de la troisième période, appartient à chacune de ces périodes. »

En traitant de la forme ulcéreuse de l'angine, l'auteur accepte la division classique en lésions congestives et lésions ulcéreuses. « Nous rangerons les lésions syphilitiques de la gorge en deux classes : 1° angines

exanthémateuses ; 2° angines ulcéreuses. » Mais il fait quelques réserves sur la rigueur apparente de cette répartition. « Chacune d'elles comprend un certain nombre de variétés ou de lésions souvent combinées entre elles et réunies sur le même individu. Aussi nous n'attachons pas aux divisions admises par nous plus d'importanee qu'il n'en faut attribuer aux classifications nosographiques qui ne sont qu'un résultat forcé de l'analyse à laquelle on est obligé de réduire les éléments d'une maladie pour en exposer la description. »

Rappelons, à propos de l'érythème pharyngé, que la description de La Martellières est en tout point excellente ; mais il n'est pas vrai qu'il ait été le premier à le décrire ou même à le bien décrire. Parmi ses devanciers, il serait injuste d'oublier Baumès et Cazenave.

Angine exanthémateuse. « Sous ce titre d'angine exanthémateuse, nous réunissons les lésions superficielles de la muqueuse de la gorge qui ne manifestent pas de tendance à l'ulcération ; ce sont les plus variées dans leur expression, et celles qui offrent les analogies les plus saisissables avec les affections de la peau ; leur étude au point de vue de la démonstration complète de ces analogies, en tenant compte des différences introduites par les modifications de structure, serait des plus curieuses, mais elle est encore toute à faire. Les altérations syphilitiques des muqueuses n'ont pas été, à beaucoup près, étudiées avec autant de soins que celles de la peau ; pour celles de la gorge en particulier, leur situation profonde et les difficultés par suite l'indocilité des malades, sont autant d'obstacles à un examen qu'il serait nécessaire de pouvoir prolonger. Dès lors, l'observation est moins exacte, les détails se confondent et les analogies et les dissemblances nous échappent.

« Les lésions dont il est question ici ont été plus ou moins complètement décrites par les syphiliographes modernes. » Il rappelle que Hunter ne les a pas signalées. La Martellière décrit, en outre de la roséole pharyngée, des états plus ou moins primitifs, plus ou moins modifiés, plus ou moins apparentés réellement à la syphilis, et qui mériteraient en tous cas une étude sérieuse à cause de leur intérêt. Nous lui laissons la responsabilité de ces variétés anormales que nous croyons devoir citer cependant, ainsi que la précédente.

« 1° *Roséole.* — *L'érythème*, dit-il, « précède ou accompagne presque toutes les autres lésions. La rougeur est en effet le symptôme *le plus fréquent* de l'angine syphilitique, elle présente dans sa disposition quelques particularités que nous croyons utile de signaler. Si elle est quelquefois *diffuse* au début, elle ne tarde pas à perdre de son étendue et à se *limiter*[1] assez exactement à la portion de muqueuse qui entoure l'isthme proprement dit; alors le voile du palais conserve un aspect normal, on voit la rougeur commençant à son bord postérieur, s'étendre à la luette, aux piliers et aux amygdales, en même temps qu'elle acquiert plus d'intensité. La luette offre plus de rougeur à son extrémité qu'à sa base et souvent en raison de la disposition qu'a cet appendice à s'œdématier, elle subit une infiltration *séreuse*[2] considérable. La rougeur des piliers antérieurs s'arrête en dehors à leur limite externe et y *cesse brusquement;* elle ne *dépasse pas l'isthme* ou elle s'étend à toute la partie du pharynx accessible à la vue. Sauf cette disposition, qu'on ne retrouve générale-

1. Baumès, Cazenave, Ricord, Maisonneuve et, avant eux, Swediaur avaient noté déjà ce cantonnement par îlots plus ou moins nets.

2. Cette tuméfaction, signalée par nombre de syphiliographes antérieurs, a été surtout mise en relief par Cazenave.

ment pas dans l'angine inflammatoire simple, cette rougeur n'a pas en elle-même d'autres caractères distinctifs. Cazenave lui attribue pour caractères d'être violacée, avec gonflement léger des parties, qui sont sèches, tendues, luisantes. Nous n'avons pu constater ces différences; la rougeur nous a toujours paru être celle de l'inflammation érythémateuse des muqueuses, et si l'on ne trouve pas sur quelques points une des lésions dont nous nous occuperons plus loin, on doit éprouver une difficulté réelle à déterminer s'il faut ou non la rattacher à la syphilis. Il est rare, en effet, qu'il ne survienne pas d'autres lésions; la rougeur a été le premier phénomène; il est quelquefois le plus rebelle, ou bien il disparaît, laissant les altérations qui l'ont suivie persister plus longtemps,

« 2° *Coloration grise.* — A la rougeur, se joint une autre modification dans la couleur qui nous paraît bien plus importante c'est la coloration grise diffuse, ou circonscrite en taches[1]. Diffuse, on l'observe souvent sur les amygdales plus ou moins hypertrophiées; elle est d'un gris opaque à son centre, à partir duquel la teinte va s'affaiblissant graduellement, pour se fondre d'une manière insensible avec la muqueuse. A mesure que l'affection marche vers la guérison, on voit cette coloration s'effacer; la muqueuse devient sèche, lisse et gris rose; cette modification est très rapide quand on emploie des agents de cautérisation superficielle, comme le crayon ou la solution de nitrate d'argent. La muqueuse reste quelquefois longtemps dans cet état avant de reparaître avec son aspect normal. Cette altération se remarque

1. Cette coloration grise est constituée en général par des plaques muqueuses érosives, très peu saillantes, étalées en nappes ; mais elle peut avoir d'autres facteurs encore mal connus.

surtout à la face interne des amygdales, quand celles-ci sont hypertrophiées et inégales; elle persiste encore dans les dépressions, quand les parties saillantes sont hypertrophiées et inégales ; elle persiste encore dans les dépressions, quand les parties saillantes sont revenues à leur état normal.

« Les taches grises circonscrites se voient sur les piliers ou les amygdales; elles sont de niveau avec la muqueuse et cessent brusquement sur une ligne plus ou moins régulière. La muqueuse voisine offre à peine de la rougeur ou conserve ses qualités physiologiques; on rencontre souvent des taches grises analogues à la face inférieure ou sur les bords de la langue, chez les sujets atteints de syphilis anciennes et rebelles.

« Ces phénomènes nous semblent devoir être rattachés à une modification quelconque de l'épithélium, qui se détache par desquamation; et cette opinion se trouve confirmée par la manière dont ces taches disparaissent dans certains cas. Leur surface se recouvre d'une couche mince de substance blanchâtre, molle, comme si elle devait s'ulcérer; puis elle se déterge, et la muqueuse apparaît avec une teinte pâle ou sa coloration normale. L'analogie de cette lésion avec le *psoriasis est facile à saisir*[1].

« La coloration grise nous paraît aussi caractéristique des syphilides muqueuses que la teinte cuivrée pour celle de la peau; on la rencontre aussi bien sur la muqueuse de la vulve que sur celle de la bouche. Plusieurs fois, lorsque les téguments des parties génitales étaient cou-

1. Herbert Mayo avait déjà soutenu que les syphilides bucco-pharyngées appartiennent à la classe des syphilides psoriasiques. Voir plus haut.

verts de plaques muqueuses, nous avons vu sur la muqueuse des petites lèvres des taches arrondies plates ou légèrement déprimées à leur centre, présenter une teinte grise très manifeste et cette coloration persister, même après plusieurs cautérisations avec le nitrate d'argent, longtemps après que toute autre modification de la muqueuse avait disparu, et marquer encore le siège de la lésion, comme on voit après la résolution des plaques muqueuses de la peau, une teinte rouge ou cuivrée témoigner de leur existence extérieure.

« 3° *Élevures ou taches jaunes.* — Une autre lésion consiste dans le développement de petites élevures, d'un jaune ambré, larges de deux ou trois millimètres, qui dépassent la surface de la muqueuse sous forme de saillies arrondies et comme papuleuses ; elles sont transparentes, et semblent formées par une infiltration circonscrite de la muqueuse, qui n'offre sur leurs bords aucune trace d'inflammation. Ces saillies s'observent sur les piliers, les amygdales, et, lorsqu'on ne les y rencontre pas, on les trouve souvent sur la paroi du pharynx ; elles y acquièrent même un volume plus considérable que sur les autres parties.

« Les mêmes modifications de structure de la muqueuse peuvent se produire, sans déterminer de l'élévation à sa surface ; c'est ce que l'on observe surtout sur les amygdales. Au lieu d'élevures, ce sont des taches arrondies, ou des plaques plus larges et plus ou moins régulières ; elles sont enchâssées dans l'épaisseur de la muqueuse des amygdales, qu'elles dépassent à peine, et présentent encore la même coloration ambrée ; elles se dépriment à leur centre, quand elles occupent le pourtour de l'orifice d'une des lacunes de la glande. Dans un cas, une de ces plaques avait près de 5 millimètres de diamètre ; ses

bords étaient relevés, elle avait exactement l'apparence d'une escarre faite à la peau avec le caustique de Vienne.

« Nous avons rencontré de ces élevures jaunâtres dont les bords graduellement amincis étaient entourés d'une auréole grise ; nous avons vu aussi cette lésion se former sur des points occupés précédemment par des taches grises ; plusieurs d'entre elles, en passant à la coloration jaunâtre, se déprimèrent à leur centre, et furent circonscrites par une zone grise, un peu élevée au-dessus de la muqueuse.

« En disant que ces élevures et ces plaques semblaient formées par une infiltration partielle de la muqueuse, nous avons exprimé l'apparence et nullement la nature de la lésion. Les saillies donnent au doigt la sensation de granulations dures ; elles ne se vident point par une ponction, comme le feraient des follicules accidentellement développés par leur produit de sécrétion. Les élevures papuleuses sont-elles analogues à celles du lichen ?

« Cette lésion ne peut être méconnue sur l'amygdale et les piliers, il suffit d'un peu d'attention, pour ne pas la confondre avec des gouttelettes arrondies de mucus visqueux adhérentes aux parois du pharynx ; elle n'a pas les moindres rapports avec les granulations de la pharyngite chronique, granulations qui sont petites, nombreuses, rapprochées, d'un rouge vif, et n'ont aucune transparence. »

Les quatrième et cinquième variétés comprennent les plaques pseudomembraneuses ou diphtérie syphilitique des contemporains et les plaques muqueuses proprement dites.

L'hypertrophie amygdalienne syphilitique, dont Tanturi et Hamonic s'occuperont plus tard, est déjà nettement esquissée par La Martellières. Suivant lui, ce serait

une lésion de la période secondaire assez fréquente, coïncidant plutôt avec l'érythème qu'avec la plaque muqueuse. L'augmentation de la glande pourrait être générale ou partielle. Dans le premier cas, elle porte à la fois sur l'élément glandulaire et sur le tissu cellulaire interstitiel. L'amygdale tuméfiée est arrondie ou ovalaire, lisse ou présentant des lacunes linéaires conduisant dans des cryptes notablement élargies, remplies d'une matière blanche, molle ou caséeuse. La dureté est augmentée ; c'est la forme la plus commune. L'autre variété constituerait dans le développement irrégulier des follicules glandulaires ; aussi la surface de l'amygdale est ici inégale et mamelonnée et les lobes glandulaires sont séparés les uns des autres par des fissures profondes. La tonsille est grisâtre, quand elle n'est pas recouverte par un exsudat blanchâtre. Les dépressions peuvent simuler parfois des ulcérations à un examen inattentif. D'autre part, les lobules auraient une vie en quelque sorte indépendante ; les uns s'atrophieraient, pendant que les autres resteraient stationnaires; ou même s'hypertrophieraient. Parfois la saillie de l'amygdale, augmentée de volume serait aplatie, elle ne dépasserait pas les piliers. L'hypertrophie amygdalienne apparaîtrait très accusée, surtout chez les jeunes syphilitiques, principalement chez les enfants. La Martellières reconnaît du reste que tous les aspects décrits par lui se retrouvent dans l'hypertrophie amygdalienne non syphilitique, bien que la tuméfaction partielle se rencontre surtout dans la vérole.

Les lésions *ulcéreuses* qui ont longtemps fixé d'une façon exclusive l'attention des praticiens paraissent, dit-il, bien plus rares cependant que les syphilides précédentes. L'auteur les divise en superficielles, chancreuses, serpigi-

neuses, phagédéniques et consécutives au ramollissement des tumeurs gommeuses. « Les deux premières variétés surviennent à la *période secondaire* des accidents constitutionnels, les autres sont toujours des phénomènes tardifs de la vérole.

« 1° *Ulcérations superficielles.* — Elles se distinguent des autres variétés, parce qu'elles ne dépassent jamais les couches les plus superficielles de la muqueuse, gagnant souvent en étendue, jamais en profondeur, ne laissant pas, par conséquent, de cicatrices à leur suite. L'ensemble de ces caractères permettrait de les appeler *aphtes syphilitiques*[1]. Hunter les désignait sous le nom d'excoriations ulcéreuses et les regardait comme étrangères à la syphilis ; Babington, en les réintégrant dans le cadre des lésions syphilitiques, finit par les confondre avec les plaques muqueuses, dans sa troisième variété d'ulcères de la gorge. On ne peut faire le même reproche à MM. Beaumès et Cazenave, qui les ont envisagées à leur véritable point de vue. Ces ulcérations se développent plus souvent sur la luette, le voile du palais et ses piliers, la voûte palatine, que sur tout autre point de la muqueuse bucco-pharyngienne ; elles y acquièrent quelquefois des dimensions fort étendues.

« Elles consistent en une excoriation toute superficielle, à fond grisâtre et surtout blafard, lisse ou présentant quelques bourgeons aplatis, entourée d'un liseré inflammatoire étroit. M. Baumès les compare, pour leur aspect et leur forme irrégulière, à l'effet d'une brûlure du premieret du second degré.

« Elles sont ordinairement très nombreuses au contact

1. Devergie les connaissait et affirmait que, seul, leur pouvoir contagieux les distingue des aphtes véritables. Voir plus haut.

des divers corps étrangers, et donnent une sensation continue de chaleur et de cuisson, plus intense le soir.

« Quand elles entrent en voie de guérison, l'aréole inflammatoire de la circonférence pâlit, l'épithélium se reforme des bords vers le centre, et elles disparaissent sans laisser d'autres traces que de la rougeur ou une coloration grise qui persistent un certain temps à leur place, avant que la muqueuse ne soit revenue à son état normal.

« Les ulcérations de ce genre sont ordinairement l'expression d'une syphilis constitutionnelle déjà ancienne et surtout rebelle ; leur guérison se fait quelquefois longtemps attendre, et elles sont très sujettes à se reproduire. »

Gamberini, après avoir montré que les lésions gutturales de la syphilis sont multiples et par conséquent difficiles à décrire, insiste sur le siège amygdalien ordinaire de ces déterminations. On les verrait aussi sur le voile, la luette et la paroi postérieure du pharynx. Leur caractère serait le plus souvent ulcéreux ; mais au début on noterait une injection de la muqueuse pouvant simuler une pharyngite ordinaire, d'autant plus qu'elle s'accompagne d'une gêne plus ou moins notable de la déglutition. Si le mal ne s'arrête pas à cette phase, il surviendrait des ulcérations superficielles et étendues, recouvertes d'un exsudat blanchâtre, entourées d'une auréole rouge intense.

Parfois, suivant Ricord, l'ulcère prendrait un caractère calleux, phagédénique, ou même gangreneux. L'ulcère pourrait aussi avoir un aspect atonique pâle et entouré d'une zone manifeste de congestion veineuse. L'auteur s'étend longuement sur le diagnostic différentiel, dont il emprunte les éléments à Hunter, à son commentateur Babington, à Cazenave et surtout à Ricord, son modèle habituel. Il recommande, chez la femme, en cas de doute,

d'explorer la région génitale, qui est le siège de lésions semblables à celles du pharynx. A propos des ulcères gommeux, il montre combien leur situation parfois reculée rend leur constatation difficile. Il reconnaît que souvent on en est réduit à des probabilités tirées des antécédents et des accidents syphilitiques concomitants, bien que l'allure de ces ulcères soit toujours un peu spéciale, ainsi que l'aspect qu'ils présentent.

En 1857, Fano a fait connaître une observation intéressante, ayant trait à des plaques muqueuses hypertrophiées du voile du palais, des piliers et de l'amygdale, constituant une tumeur très volumineuse de l'isthme du gosier, et que nous croyons devoir citer à cause de sa rareté relative et aussi parce qu'elle est fréquemment citée par les auteurs contemporains. Elle montre combien le processus morbide peut être végétant.

Rappelons les faits principaux de cette observation.

H..., vingt-cinq ans ; accident primitif sur le prépuce en décembre 1854, qui, considéré comme syphilitique par Ricord, est traité dès le début par les spécifiques. Polyadénite consécutive, puis éruption cutanée rubéoliforme sur le thorax et l'abdomen. Revient quelques mois plus tard au Midi pour des plaques muqueuses bucco-pharyngées. « Dans les six derniers mois de l'année 1855, le patient souffrait incessamment de douleurs d'angine, pour lesquelles il reprit plusieurs fois le traitement mercuriel. L'angine persista. Elle s'accrut dans les premiers mois de 1856. Le malade consulta plusieurs médecins, sans succès. Il entra même pour quelques jours dans un hôpital où on le crut atteint d'une tumeur épithéliale du voile du palais et de l'isthme du gosier. Enfin il se présenta et fut admis le 2 mai à l'hôpital du Midi.

« *État actuel.* — Il ne reste aucune trace de chancre. Les glandes des aines sont de volume normal, peau saine, sans éruptions. Adénopathie cervicale postérieure caractéristique. Ganglions sous-maxillaires et sous-hyoïdiens volumineux, durs et indolents.

« L'isthme du gosier est complètement obstrué dans sa moitié droite par une tumeur volumineuse qui semble développée sur l'amygdale et le pilier du côté correspondant et qui, de plus, se prolonge en avant et en haut sur toute la moitié droite du voile du palais. La luette est repoussée à gauche. La surface de cette tumeur, lisse et grisâtre, sur quelques points, est rugueuse, granulée et exulcérée dans la plus grande partie de son étendue. La consistance est assez ferme.

« Rougeur et tuméfaction inflammatoire des parties voisines. Douleurs d'angine très violentes.

« Sur le bord droit de la langue, exulcérations superficielles recouvertes d'une sorte de pseudo-membrane grisâtre et adhérente.

« Le 10 mai, on administre du sirop ioduré d'hydrargyre à la dose de 10 centigr. ; le 20, à la dose de 15 centigr. ; diminution très rapide de la tumeur.

« Le 21 mai, le voile du palais est presque complètement revenu à son volume normal ; mais l'amygdale est encore très volumineuse. Toute douleur a cessé depuis huit jours environ. Guérison complète des plaques muqueuses linguales.

« Le 2 juin, quelques taches blanchâtres sur le voile du palais ; toute la portion amygdalienne considérablement diminuée est en voie de cicatrisation.

« Le 17 juin, le voile du palais est intact ainsi que le pilier. Amygdale encore volumineuse, mais sans ulcération. »

Dans la même monographie à laquelle nous avons emprunté l'observation précédente, l'auteur fait une assez bonne étude des tumeurs gommeuses du voile qui débuteraient, suivant lui, par « une petite tumeur dure, arrondie, adhérente par un pédicule à la face profonde des téguments, mobile sur les tissus profonds. » Fano fait remarquer qu'elles évoluent longtemps « sans réaction, sans douleurs. » Après qu'elles ont pris, au bout de quelques mois, tout leur développement, « elles s'enflamment et adhèrent aux parties ambiantes. » Elles rougissent, changent de consistance, se ramollissent et finissent par présenter de la fluctuation. Alors la tumeur « s'ouvre et l'on voit s'échapper un pus ichoreux, mal lié, mêlé de détritus organiques. A cette ouverture succèdent de vastes ulcérations à fond grisâtre, pultacé, simulant les ulcères phagédéniques, ayant peu de tendance à se cicatriser. » Il n'y aurait pas d'adénite, contrairement au cancer par exemple. Le plus souvent discrètes, elles forment parfois de petits groupements constituant par cela même des tumeurs assez volumineuses. Fano pense, avec la majorité des syphiligraphes de l'époque, que le siège du mal est dans le tissu cellulaire. Cependant Cullerier admettrait, dit-il, parfois leur situation intra-musculaire, comme on le voit dans d'autres points de l'économie. Si on ne les arrête pas dans leur développement, ce qui est fréquent à cause de leur indolence, elles amènent, quand la masse morbide se détruit, la division du voile ou du moins une perforation. Comme le fait remarquer Ricord, l'insidiosité du mal et surtout son siège profond fait que souvent on n'en reconnaît la présence que quand il a eu déjà le temps de produire de graves désordres. « Le diagnostic des tumeurs gommeuses

du voile du palais mérite donc toute la sollicitude du chirurgien. On vient de voir que la tumeur peut être méconnue; il convient également de la distinguer de quelques autres affections, notamment des tumeurs adénoïdes (glandulaires) et du cancer. La nature de la maladie sera révélée par les antécédents du malade, la coexistence d'affections semblables sur d'autres points de l'économie, la marche même de la lésion, et au besoin par un traitement explorateur.

« Il est très difficile de distinguer les tumeurs gommeuses des tubercules syphilitiques; ces accidents ne diffèrent que par leur siège, le tubercule occupant l'épaisseur du derme, la gomme, le tissu cellulaire. Or, lorsque le tubercule envahit le tissu cellulaire, le diagnostic différentiel devient impossible [1]. »

L'érythème syphilitique, déjà bien étudié par La Martellières et ses devanciers, a fait, en 1859, l'objet d'une thèse intéressante dans laquelle Pillon a donné de ce symptôme une étude complète et en quelque sorte définitive.

A propos de la variété *tardive*, il constate, dans certains cas, une apparence granulée de la muqueuse « venant compliquer la rougeur uniforme propre à l'énanthème simple. Il a vu, comme La Martellière, une coloration grise chez quelques malades, « tantôt diffuse, tantôt croissante, parfois sous forme de taches nettement dessinées et tranchant sur la muqueuse ambiante un peu rouge et parfaitement saine, qui se voient sur les piliers et les amygdales. Elles sont de niveau avec la muqueuse voisine et cessent brusquement. »

1. Il faut se rappeler que les formes miliaires de la tuberculose pharyngée n'avaient pas encore été signalées; mais on entrevoyait déjà la tuberculose lente et perforante, palatine et staphylienne (Devergie et Arnal).

Pillon insiste sur ce fait, que les syphilides diverses non érythémateuses, notamment les plaques muqueuses, laissent sur les parois pharyngées comme sur la peau des changements de coloration plus ou moins permanents, qui peuvent être pris pour de l'érythème vrai et ne font cependant que le rappeler. Arrivant au diagnostic de l'énanthème pharyngé tardif, il montre qu'il faut le différencier soigneusement « d'une affection analogue de la gorge, qui peut assez bien la simuler » et qui serait l'angine mercurielle qu'on voit se développer sous l'influence du traitement hydrargyrique. « Sous l'inspiration de M. Cullerier, je suis en effet arrivé à me former la conviction qu'on a décrit souvent pour des angines syphilitiques des accidents qui devaient être rapportés à l'angine mercurielle seulement ». Il rappelle, d'après Hunter, que l'hydrargyrisme peut tuméfier les amygdales et les ulcérer. Une observation tirée de la pratique de Cullerier montre comment les choses se passent en pareil cas.

A propos de l'énanthème précoce syphilitique du pharynx, il note que, si Hunter a négligé d'en parler, il n'en est pas de même de Swediaur, de Babington, l'annotateur de Hunter, de Cullerier neveu, qui en dit quelques mots (*Dictionnaire en quinze volumes*, article Syphilis), de Ricord qui la déclare la syphilide la plus commune de l'arrière-gorge, de Cazenave qui la décrit assez complètement, de Baumès, de Bassereau qui insiste sur la rougeur de l'isthme que présentent à un certain moment les vénériens. Il rend pleine justice à l'excellente description de son prédécesseur immédiat, La Martellières. C'est Baumès cependant qui aurait le mieux compris la valeur du symptôme, son époque d'appari-

tion, ainsi que ses caractéristiques principales. D'après ses propres remarques, l'auteur peut affirmer que c'est un phénomène presque initial et succédant de près à l'accident primitif. « Fort tenace quelquefois, cet accident m'a semblé disparaître ordinairement en peu de jours, puis reparaître encore plus tard, et souvent à plusieurs reprises. » Souvent il y a coïncidence avec des éruptions cutanées. « A l'époque où la roséole apparaît, il n'est pas rare d'entendre les malades se plaindre déjà de souffrir de la gorge; c'est moins une douleur qu'ils accusent qu'un sentiment de sécheresse cuisante qui rend la déglutition pénible, et que les sujets ressentent surtout quand ils cherchent à avaler leur salive ou lors du passage, à la gorge, des aliments solides. A ce moment on constate à la gorge une rougeur uniforme, d'intensité médiocre, mais manifeste, laquelle règne sur le voile palatin, les piliers, les amygdales et envahit même souvent la paroi postérieure du pharynx. Si vous interrogez les malades sur l'existence de cette rougeur, vous ne trouverez pas qu'il se soit produit chez eux de cause appréciable, telle que refroidissement ou ingestion inconsidérée de boisson trop chaude; c'est une pure et simple coïncidence de la manifestation de même nature qui s'est déjà produite ou qui est en voie de production à la surface de la peau. » Si le phénomène est diffus au début, il ne tarde pas à se cantonner plus étroitement « à l'isthme ou même à une petite partie de son étendue. Tantôt elle (la détermination) cesse brusquement à la limite externe des piliers, tantôt elle ne dépasse pas l'isthme. Ailleurs elle s'étend à toute la partie du pharynx accessible à la vue. » Pillon fait une remarque très importante dont il ne tire pas du reste tout le parti pathogénique désirable

et qui est la concordance locale et synchronique avec d'autres accidents syphilitiques buccopharyngiens. «Quelquefois elle coïncide avec d'autres lésions siégeant aussi à la gorge, mais qu'elle a toujours précédées ; car la rougeur est toujours le premier phénomène, comme il est aussi souvent le plus rebelle. » Au point de vue acuité, l'auteur admet une *forme réactionnelle très intense* à allure angineuse, et une forme subaiguë peu marquée, à symptômes douloureux presque effacés. La première variété, qui s'accompagne souvent de gonflement tonsillaire, est certainement celle décrite autrefois par quelques vieux syphiligraphes tels que Troja[1]. Quant au rapport avec l'exanthème, elle précéderait, coïnciderait ou succéderait à celui-ci, et parfois les récidives de roséole s'accompagneraient de rougeurs semblables du côté du pharynx. D'ailleurs ces rechutes d'énanthème guttural seraient plus fréquentes encore que celles qu'on constate sur la peau. Ces modifications de la teinte du gosier, surtout d'origine congestive, n'auraient aucun retentissement ganglionnaire. « Les ganglions occipito-cervicaux ne m'ont pas paru être influencés d'une façon directe par l'énanthème pharyngien. » S'il y a adénite, c'est que le cuir chevelu était intéressé d'une façon concomitante, ou bien il y aurait aussi un accident guttural plus grave, tel qu'une plaque muqueuse ulcérée.

Les rétrécissements syphilitiques de la partie inférieure du pharynx, contrairement à ceux du reste de l'organe, n'avaient pas jusqu'ici attiré l'attention des spécialistes. En 1860, West en fit connaître un cas bien net qui s'étendait aussi au commencement de l'œsophage. Il s'agit d'une femme de vingt et un ans, entrée dans son service

1. Niemeyer et Rollet en parlent aussi.

le 28 mai 1858, et qui présenta peu après son admission des troubles auditifs. On trouva dans sa gorge des ulcérations étendues siégeant à la fois sur les amygdales, le voile et les piliers, d'une teinte gris cendré et entourées d'un halo rougeâtre. La patiente ne pouvant avaler, on recourut, mais sans succès, à la sonde œsophagienne. La malade mourut d'épuisement le 2 septembre 1858. A l'autopsie, on reconnut que la portion inférieure du pharynx et supérieure de l'œsophage étaient très altérées; la cavité se rétrécissait graduellement et au niveau de la portion la plus élevée de l'œsophage existait une véritable coaretation fibreuse [1].

Dans son célèbre ouvrage sur la syphilis constitutionnelle, paru en 1860, Virchow insiste, comme Ricord, sur l'apparition chronologique des accidents. Il montre que les lésions secondaires ne dépassent pas le chorion, tandis que les gommes sont plutôt sous-muqueuses ou sous-dermiques. Sa description du processus gommeux est assez exacte. On sait que Lebert faisait de celui-ci un amas de corpuscules ronds situés dans une masse intermédiaire finement granulée. Le corpuscule avait pour lui une valeur spécifique, opinion que Virchow refusa d'admettre. Il fit desdits éléments tout simplement des cellules embryonnaires plus ou moins altérées. Mais en somme il ne signale qu'en passant la localisation possible de telle ou telle manifestation syphilitique dans le pharynx, sans leur accorder de paragraphe spécial. Chez un sujet mort d'une cirrhose spécifique du foie, il mentionne cependant une hypertrophie remarquable des amygdales palatines et des follicules clos de la base de

1. Les rétrécissements syphilitiques de l'œsophage avaient déjà été signalés par quelques auteurs, mais sans y insister.

la langue. Sur la paroi postérieure de la gorge, il trouva plusieurs cicatrices blanchâtres.

Les lésions syphilitiques du cavum trouvèrent dans Türk, qui vulgarisa avec Czermack l'emploi du miroir, leur premier historien. Chez un homme de vingt et un ans, présentant des ulcérations du cavum, ayant contracté l'accident initial en 1861, la rhinoscopie postérieure fit voir que la voûte était ulcérée et couverte de pus.

Chez un autre malade, âgé de dix-huit ans, atteint depuis six semaines d'une perforation du voile du palais et de tuméfaction de la racine du nez depuis plus longtemps, l'emploi du miroir fit voir des ulcérations nombreuses sur la face postérieure du voile.

Vers la même époque, Martin soutenait sa thèse, à la Faculté de médecine de Paris, sur les accidents vénériens *d'apparence diphtérique*, mais consistant en réalité, suivant lui, en une simple plaque dissimulée par une fausse membrane d'un blanc mat et de nature fibrineuse, comme le prouvait un examen de Robin. Elle serait entourée d'une auréole rougeâtre. Ces plaques seraient tantôt isolées, discrètes, tantôt confluentes. On les verrait surtout aux parties génitales de la femme, mais elles apparaîtraient aussi sur d'autres points où elles auraient été signalées par beaucoup de spécialistes. « Nous avons déjà dit que fréquemment chez l'homme, beaucoup plus rarement chez la femme, on les observait à la gorge et aux amygdales, aux gencives et surtout aux lèvres, et même au pourtour de l'anus, comme Viennois, interne à l'Antiquaille (de Lyon), l'a constaté aussi. » On les aurait vues également au col de l'utérus (Bois de Lourcy et Castilhes). Il rappelle à propos de la transmission possible de cet accident que toute lésion secondaire suin-

tante et purulente est contagieuse comme l'École lyonnaise l'a soutenu contre Ricord. Cette idée a été défendue, dit-il, récemment par Bertrand et surtout par Fournier, et elle est généralement acceptée. Donc la diphtérite syphilitique est, au point de vue transmission, très suspecte.

Le terme de diphtérite appliqué à des lésions pseudomembraneuses manifestement secondaires et étrangères au mal décrit par Bretonneau sous ce nom, choqua par cela même les contemporains, d'autant plus qu'on redoutait en France l'exemple pernicieux donné à ce point de vue par les Allemands (voir 4e volume), pourquoi ce mot ne signifiait plus qu'inflammation interstitielle. Ceci fit du tort à l'excellent travail de Martin. Il resta cependant à celui-ci le mérite d'avoir attiré l'attention sur une lésion secondaire vénérienne mal connue et pouvant entraîner des erreurs de diagnostic d'une portée sérieuse.

C'est Diday, comme on le sait, qui a le premier décrit et constaté scientifiquement[1] l'existence du chancre induré dans la gorge. La leçon magistrale où il a rapporté cette importante découverte a été insérée dans le bulletin de la Société des sciences médicales de Lyon. A cause de son intérêt, nous croyons devoir la rapporter ici d'une façon en partie intégrale.

« Je vais vous parler d'une lésion presque généralement omise par les auteurs, niée par quelques-uns, souvent, très souvent méconnue dans la pratique, et dont l'exacte notion est cependant fort utile à bien déterminer ». Cette négligence, ces omissions ne tiendraient pas cependant à ce que ces cas soient exceptionnels. « Le chancre

1. Au xvie siècle, et plus tard aussi, quelques syphiliographes avaient entrevu vaguement le fait.

est-il rare ? On serait tenté de l'affirmer si l'on s'en rapportait à certains témoignages très importants, même fondés sur des statistiques irréprochables. Ainsi Fournier a dressé un tableau, dans lequel, dit-il, est déterminé avec précision le siège de tous les chancres observés en 1858 dans le service de Ricord. Le nombre de ces chancres est de quatre cent soixante et onze et ne comprend pas moins de quinze sièges différents. Or, sur ce total, il ne trouve pas un seul cas de chancre de la région gutturale. Le même Fournier a publié ailleurs un relevé de soixante-dix-sept observations de chancres buccaux, sur lequel il ne s'en trouve qu'un de l'amygdale. Enfin dans son récent traité, Melchior Robert compte sur deux cent sept cas observés par lui, pendant son internat vingt-cinq à sièges extragénitaux, dont il n'y a pas un seul pour la gorge. » Cependant il n'y aurait ici qu'une apparence. « Conclurons-nous de là que le chancre de l'amygdale est plus rare que celui de l'anus, de la langue, de la paupière? Non ? mais que ce n'est pas dans un service d'hôpital et surtout d'hôpital spécial qu'il faut aller le chercher. » En effet cette lésion vénérienne échapperait au malade par son siège profond. Quand les symptômes pharyngés réactionnels surviennent, il les attribuerait à tout autre cause qu'à des rapports qu'il a dû croire sans danger, « que d'ailleurs il a eu le temps d'oublier, puisqu'ils remontent à quinze jours pour le moins, au moment où ce chancre peut commencer à lui occasionner quelques incommodités sensibles. » Quant au diagnostic il comporterait des difficultés.

« Je dois convenir que le chancre amygdalien est très difficile à reconnaître d'après les seuls signes objectifs. Dans cette région, une ulcération peut provenir de beau-

coup de causes morbides différentes. La sécrétion liquide ne séjourne point à la superficie, l'induration est presque impossible à percevoir par le toucher, enfin la non-inoculabilité (chez le malade) n'est qu'un signe commun à toutes les ulcérations primitives ou secondaires, vénériennes ou non vénériennes, si communes de cette région.

« Cependant dans les antécédents des malades on trouve un mal de gorge accompagné de certains caractères, les soupçons prennent plus de force et peuvent, dans quelques cas, équivaloir presque à une certitude.

« Ainsi et pour grouper ces caractères dans un ensemble aussi persuasif que possible, on comprend qu'il restera peu de doute au médecin sur la nature chancreuse de l'angine qu'un syphilitique accuse dans ses antécédents ; si cette angine a commencé quinze jours ou trois semaines après des rapports qu'il avoue suspects ou malsains ; s'il n'était pas habituellement sujet aux angines ; si la douleur a été unilatérale ; si elle a duré de trois ou quatre semaines ; si, quoique intense, elle n'a pas suscité de réaction fébrile ; si elle s'est accompagné d'adénopathie localisée à la région sous-maxillaire correspondante ; si les symptômes de syphilis ont débuté six ou huit semaines après le commencement de cette angine ; enfin s'il n'avait eu, en temps utile, aucun autre chancre dans d'autres parties.

« Il n'est certes pas besoin de toutes ces circonstances réunies pour faire une présomption qui suffise aux besoins de la pratique ».

Reumont (*Beiträge zur Pathologie und Therapie des constitutionnellen Syphilis nach Erfahrungen bei der Achener Thermalcur*. Erlangen, 1864) déclare que les localisations à la gorge ont été les manifestations les

plus fréquentes de la syphilis constitutionnelle, au moins d'après ce qu'il a pu observer. Sur deux cent cinquante malades observés à ce point de vue, cent cinq, soit 72 °/₀ en étaient atteints. Son pourcentage, dit-il, est donc semblable à celui d'Engelsted (44, 7 ; °/₀) s'il avait fait entrer en ligne de compte l'érythème qui accompagne si fréquemment les plaques et les ulcères syphilitiques, la proportion, affirme-t-il, aurait été encore plus élevée, mais il considère cette rougeur, ainsi que le catarrhe concomitant, comme un simple phénomène d'irritation et non comme un symptôme spécifique ; il ne regardera comme tels que les taches blanches, les plaques muqueuses, les ulcères et une lésion tout à fait spéciale de la langue. En général ces altérations morbides de la cavité bucco-pharyngée coïncideraient avec des manifestations syphilitiques sur d'autres points de l'économie, notamment du côté de la peau et des ganglions, mais, dans onze cas, les lésions syphilitiques se montrèrent exclusivement du côté de la gorge. Quant à l'époque d'apparition, elle a varié de quelques mois à vingt années. Le diagnostic d'avec les processus de nature banale ou d'origine mercurielle serait souvent fort difficile. La cure thermale avec les eaux d'Aix-la-Chapelle serait alors d'un précieux secours.

Comme Engelsted, Reumont sépare des plaques muqueuses ce qu'il appelle les taches blanches de la langue, des joues et de la commissure des lèvres. Cependant il avoue qu'il pourrait bien s'agir ici simplement d'un stade peu avancé des plaques muqueuses [1], ainsi que cela pouvait s'observer du côté de la langue. Il les a observées douze fois sur deux cent cinquante cas, soit 45 °/₀. Trois

1. Il doit s'agir de formes peu saillantes, ou même érosives, ou de pigmentations consécutives aux plaques.

fois, elles parurent être l'unique symptôme de la syphilis; dans les autres cas, elles coïncidaient avec des gonflements ganglionnaires, avec des plaques muqueuses, avec des syphilides cutanées, etc.

Les plaques muqueuses furent observées trente-neuf fois par Reumont, sur deux cent cinquante cas, soit dans une proportion de 15,5 °/₀, dont vingt-six fois avec tuméfaction légère des ganglions, treize fois avec des syphilides cutanées papulo-squameuses, quatre fois avec des condylomes, quatre fois avec des troubles nerveux, quatre fois avec des ulcérations. Elles se montrèrent vingt fois sur la langue, douze fois sur les lèvres, huit fois sur le voile, quatre fois sur les amygdales, dix fois sur d'autres parties que la bouche.

Les ulcères vénériens de la cavité bucco-pharyngienne furent observés trente-deux fois sur deux cent cinquante cas, soit dans 13 °/₀ des faits étudiés. Reumont les a notés huit fois sur des amygdales plus ou moins *hypertrophiées* ; six fois sur la paroi latérale pharyngée ; six fois sur la paroi pharyngée postérieure, cinq fois sur le voile, cinq fois sur la langue, quatre fois sur le palais osseux, quatre fois sur les lèvres ; treize fois ils coïncidaient avec de la tuméfaction ganglionnaire ; dix fois avec de la syphilide papulo-squameuse ; quatre fois avec des troubles nerveux ; quatre fois avec des affections ulcéreuses du nez, quatre fois avec de la pharyngite, avec des ulcères laryngés ; deux fois il y avait alors ulcère de la paroi postérieure. Leur aspect serait le suivant : fond très excavé d'ordinaire, bords à pics, en zigzag, décollés. Pour les parties les plus antérieures de la bouche, il s'agirait presque toujours de plaques muqueuses envenimées et prenant une allure rongeante.

L'auteur insiste sur les *catarrhes chroniques* très tenaces qu'il aurait observés chez les individus entachés de syphilis. La forme la mieux connue jusqu'ici serait l'érythème qu'il a observé dans douze cas, soit 11 °/₀ environ. Il y avait coïncidence habituelle de coryza et d'ulcères syphilitiques, lésions d'amygdales, syphilides papulo-squameuses, engorgement ganglionnaire. Dans un cas resté longtemps douteux, le diagnostic put être fait par l'apparition de quelques papules crustacées sur la cuisse. La couleur des parties atteintes serait d'un rouge luisant et comme cireux sur le voile, les piliers, les tonsilles, la paroi postérieure du pharynx. Parfois on aperçoit aussi, dit-il, çà et là quelques veines dilatées ou même quelques granulations. La muqueuse paraît sèche. Parfois le mal serait cantonné exclusivement à la paroi postérieure du pharynx, ainsi qu'il l'a constaté chez quinze sujets, le mal pouvant alors passer pour de la véritable pharyngite. Il y a sensation de dysphagie légère, mais surtout de sécheresse, de telle sorte que les patients feraient de fréquents mouvements de déglutition à vide. La voix est souvent enrouée, comme cassée et, en tout cas, fatiguée. Six fois, le nez était pris en même temps (coryza, ulcère, lésion des os propres du nez). Cette localisation excessive serait un des attributs de la syphilis constitutionnelle tardive, c'est-à-dire se montrant un assez grand nombre d'années après l'accident initial. Le mercurialisme paraît à Reumont un des facteurs de cette manifestation gutturale syphilitique. L'iode et les eaux sulfureuses d'Aix-la-Chapelle l'ont toujours fait promptement disparaître.

Galligo (*Trattato teorico pratico*, Firenze, 1864, 3e édition) admet que les manifestations gutturales peuvent exceptionnellement être très précoces et survenir lors-

que l'accident initial n'est pas encore cicatrisé; mais d'ordinaire elles ne surviendraient pas avant la sixième et le plus souvent même avant la dixième semaine. On pourrait les observer au cinquième ou sixième mois et même bien plus longtemps après, surtout en ce qui concerne les plaques muqueuses des amygdales. La gomme, lésion caractéristique de la syphilis tertiaire, n'y serait pas rare. Comme Diday et Rollet, il est persuadé de la contagiosité des accidents secondaires. Il admet pour ceux-ci les formes suivantes dans la gorge : érythème, papule, ulcère, tubercule, macule.

L'érythème le plus souvent précoce serait parfois tardif. La rougeur se montre plus ou moins étendue, uniforme, parfois en îlots, occupant surtout les piliers, l'amygdale, la partie supérieure de la paroi postérieure du pharynx. Cette rougeur s'accompagnerait chez certains sujets de prurit. Quelques individus présenteraient un granulé caractéristique sur la partie supérieure de la paroi postérieure du pharynx. Ces granulations apparaîtraient sur une muqueuse auparavant saine en guise d'accidents secondaires, précédant parfois ou suivant l'érythème et s'accompagneraient souvent d'un peu de dilatation des veines. Elles pourraient être au nombre de 4, 5, 6, 10; leur teinte serait rosée ou d'un brun sombre, ou grisâtre. Elles disparaîtraient ensuite. Quoique l'auteur n'ait vu ce granulé que chez des individus atteints de syphilis secondaire, il n'ose cependant affirmer tout à fait sa nature vénérienne.

Galligo rappelle, à propos de l'érythème produisant ce qu'on appelle l'amygdalite chronique syphilitique, les renseignements qu'ont fourni Swediaur, Ricord, Bassereau. Vincenzo Tanturri aurait bien mis en relief l'état qu'il dénomme hypertrophie indolente des amygdales,

affection qu'il distingue nettement de l'angine syphilitique. Cette augmentation du volume tonsillaire a été, dit Galligo, assez bien décrite par Swediaur. L'auteur l'a constaté bien souvent; mais, dit-il, comme elle est indolente, les malades n'y font pas attention et elle passe inaperçue. Ce serait un des phénomènes les plus précoces de la syphilis constitutionnelle pouvant succéder par exemple à l'érythème guttural. Galligo compare nettement cette hypertrophie amygdalienne à l'engorgement ganglionnaire ; ce qui ne doit pas étonner, dit-il, étant donné l'analogie de structure et de fonction qui existe entre ces organes. Cette tuméfaction pourrait être unilatérale ou bilatérale ; mais, dans ce dernier cas, les tonsilles n'ont pas toujours la même grosseur. Sur vingt-deux cas, deux fois le symptôme existait des deux côtés et vingt fois se montrait d'un côté seulement. La glande était indurée et ulcérée avec pléiade ganglionnaire ; celle-ci ne manqua que chez un seul des malades observés à ce point de vue. Il aurait noté que l'engorgement ganglionnaire est le plus souvent en raison inverse de l'hypertrophie tonsillaire. Enfin, suivant cet auteur cette tuméfaction amygdalienne pourrait servir au diagnostic dans certains cas douteux de syphilis constitutionnelle.

Les plaques muqueuses ne seraient pas des tubercules plats, mais bien des papules plates, comme le veut Bassereau ; car elles seraient des manifestations précoces et non tardives ainsi que le tubercule. Décrites par Massa, Fallope, Forestus, puis par Ricord, Davasse, Develle, Basse reau, Galligo les dépeint d'après Robert; très précoces, elles pourraient se produire, suivant quelques-uns, indépendamment de la syphilis. Ainsi le professeur Théry déclare « que le tubercule muqueux

n'appartient ni de loin, ni de près à la syphilis. » On les verrait en effet principalement chez les sujets qui ont peu de soin de leur personne. Mais parce que les causes irritatives jouent un rôle évident dans leur production, il n'en serait pas moins vrai, suivant Galligo, que leur nature est franchement vénérienne; car il les a bien souvent observées chez des individus très soigneux, avec un siège principalement génital, puis buccal. Il ne pense pas, avec Deville et Davasse, que la femme y soit plus sujette que l'homme. La description de ces plaques est faite d'une façon très minutieuse, suivant les auteurs français, notamment d'après Ricord, Bassereau, Deville, Davasse. Comme le maître de l'école du Midi, il nie la contagion de la plaque, malgré le fait contraire publié récemment par Amédée Paris (*Gazette des hôpitaux*, 1863). Il note la tendance aux récidives des cas de syphilides muqueuses, leur ténacité, leur évolution, leurs symptômes en général. On les observerait, dit-il, principalement sur le voile, sur les piliers, les amygdales, sur la luette. Elles provoqueraient de la dysphagie, de la brûlure et de la sécheresse du gosier. Souvent ce serait de simples taches analogues à celles produites par le nitrate d'argent. Suivant Bassereau et Robert, elles ne dépasseraient jamais le pilier postérieur ; mais, chez un officier de l'armée italienne, l'auteur a vu une plaque muqueuse bien nette siégeant à la partie supérieure de la paroi postérieure du pharynx, coïncidant avec des déterminations semblables du côté de l'amygdale et de la langue. L'engorgement ganglionnaire manque, suivant la plupart des auteurs ; ceux-ci baseraient leur diagnostic sur les caractères objectifs, les symptômes concomitants, les commémoratifs.

Les syphilides ulcéreuses secondaires se montreraient dans la gorge, sur toute l'étendue de l'isthme. Au niveau des piliers et les amygdales, le mal est précédé par une rougeur érythémateuse ou par une plaque muqueuse. Les tissus sont indurés, épaissis, notamment du côté de la tonsille, ou bien celle-ci prend un aspect végétant. L'auteur rappelle que les phénomènes sont ceux d'une amygdalo-pharyngite, parfois avec abcès rétropharyngiens, comme dans les cas récents de Verneuil. Ces accidents ulcéreux s'accompagneraient parfois d'une adénite consécutive bien décrite par Rollet, mais qui ne serait pas d'aspect syphilitique ; car elle paraît être de nature vulgaire (inflammatoire par irritation).

Galligo signale les gommes du voile du palais, des tonsilles, mais sans leur consacrer de chapitres spéciaux, de telle sorte qu'on est obligé de chercher les renseignements assez succincts et de seconde main qu'il donne sur ces sujets dans différentes parties de l'ouvrage.

Dans son traité, Melchior Robert rappelle que les syphilides gutturales ont été englobées longtemps sous l'appellation très vague d'ulcères vénériens et que ces lésions sont les analogues de celles de la peau, leur morphologie tenant à des causes qu'il expose longuement[1]. « L'érythème, la papule, la pustule et le tubercule avec leur forme cerclée, annulaire, peuvent, avec une attention minutieuse, y être découverts. Quant à l'aspect particulier sous lequel elles se présentent ici, il résulte de facteurs multiples qu'il est important de bien analyser. D'abord la structure et la fonction des muqueuses qui les rendent plus accessibles et plus aptes aux congestions, l'humidité permanente des surfaces, humidité qui s'op-

1. C'était l'opinion de Baumès, de Rayer, de Bazin, etc.

pose à la formation des squames et des croûtes, en transforment les premières en fausses membranes plus ou moins épaisses et adhérentes et les secondes en matières purulentes qui s'écoulent constamment avec les humeurs sécrétées par ces membranes ; enfin le contact et le frottement incessant des surfaces. Pour ne citer que quelques exemples, telle éruption, qui, sur la peau, se montre avec la forme papulo-squameuse, sera représentée sur les muqueuses par une papule, recouverte de matières pultacées plus ou moins épaisses qui, après avoir été absergées, laissera à nu une surface rouge pointillée, comme granuleuse. Une éruption ayant sur la peau un aspect tuberculeux crustacé sera remplacé sur la muqueuse par une ulcération à base dure plus ou moins profonde, à fond anfracteux, quelquefois grisâtre et recouvert de matière purulente. Dans ces cas, la différence entre l'éruption cutanée et muqueuse n'est qu'apparente et tient à des conditions tout à fait indépendantes de la nature de la maladie ». L'érythème pharyngo-syphilitique est bien dépeint par l'auteur. « La forme érythémateuse, quoique aussi commune sur les muqueuses que sur la peau, est si éphémère et si peu marquée qu'elle parcourt souvent ses périodes sans être aperçue. Cependant, pour peu qu'on ait eu occasion d'observer des malades atteints de syphilis constitutionnelle, on doit avoir constaté, dans plusieurs cas, une sécheresse avec légère cuisson et rougeur pointillée ou plaquée à la gorge ou au palais, en même temps que le tégument externe était le siège d'une roséole syphilitique. On a pu remarquer que les téguments, habituellement en contact avec eux-mêmes et exposés au frottement, devenaient par la même cause prurigineux et d'une couleur rouge érythémateuse. Plusieurs fois aussi,

nous avons noté cet état sur la peau qui entoure l'anus, la face interne des cuisses et externe des bourses.

« L'érythème des muqueuses peut se terminer par résolution comme la roséole des téguments ; mais cette dernière éruption peut aussi passer à l'état papuleux. C'est alors que l'on observe ces papules muqueuses, si variées dans leur aspect, leur siège, leur nombre et leurs dimensions[1], papules qui vont être pour nous l'objet d'une description. » La description se ressent des hésitations de l'époque, mais elle est excellente en bien des endroits. « C'est sans contredit l'accident secondaire le plus précoce ; dans un grand nombre de circonstances, elle suit de si près les rapports sexuels que beaucoup de syphiliographes ont cru qu'elle pouvait être primitive. Les parties qu'elle occupe ordinairement sont dans l'ordre de fréquence, l'anus, la vulve, le pli génito-crural, les bourses dans la portion correspondante à la face interne des cuisses et vers l'angle rentrant que forme la verge et le scrotum, le gland et la face interne du prépuce, l'ombilic, les lèvres, les commissures buccales, le voile du palais et les amygdales, la face supérieure et les côtés de la langue, la voûte palatine, les angles postérieurs de cette voûte, la face interne des joues, les ailes du nez, les fosses nasales, l'angle externe de l'œil, l'angle qui sépare l'oreille de la joue, le canal auditif, les commissure des orteils, le col de l'utérus et le mamelon. Chez les personnes grosses, on en trouve quelquefois sur d'autres points où les téguments sont encore habituellement en contact avec eux-mêmes, comme sous les seins et au pli circulaire qui existe au cou.

1. C'est cette polymorphie d'aspect qui portera peu après Fournier à en distinguer différentes espèces à aspect et à lésions distincts.

« L'apparition des plaques muqueuses est singulièrement favorisée par certaines conditions tout à fait étrangères à la syphilis ; le contact et le séjour des sécrétions âcres, telles que la sueur, l'urine, la salive, etc., le défaut de propreté et le contact habituel des surfaces. L'enbonpoint, l'usage des chaufferettes et celui de la pipe sont aussi des causes adjuvantes de cette manifestation[1].

« La plaque muqueuse est quelquefois solitaire, mais le plus souvent elle est multiple dans la même région ou des régions différentes. Elle peut être la seule expression symptomatique de la syphilis constitutionnelle ; cependant elle est fréquemment accompagnée de quelques éruptions, soit exanthématiques, soit papuleuses ou squameuses, dont, en réalité, elle n'est qu'une modification[2].

« Il n'est pas toujours possible de saisir le délai qui sépare l'apparition de la plaque muqueuse du début du chancre, ce délai est en effet quelquefois tellement court que beaucoup de syphiliographes ont cru qu'elle pouvait être primitive. Ricord ne l'a jamais vue bien caractérisée avant le second septenaire qui suit un coït infectant. Elle est rigoureusement précédée d'un chancre induré. C'est là une loi immuable qui ne trouve d'exception que dans la syphilis héréditaire[3].

« Le voile du palais et les amygdales seraient souvent le siège de ces syphilides secondaires. L'éruption débute par des plaques rouges arrondies ou ovales qui déterminent au gosier un sentiment d'ardeur et de sécheresse

1. Bazin regardait la plaque muqueuse comme la lésion spécifique par excellence de la syphilis, n'ayant pas son analogie dans la classification willanique. Théry la considérait au contraire comme une lésion d'irritation vulgaire, très fréquente, il est vrai, chez les vénériens.

2. Les médecins de Saint-Louis, autres que Bazin, y voyaient une papule, un tubercule, etc.

3. C'était l'opinion de l'École du Midi.

très incommode. Leur teinte habituelle est cendrée, leur surface se recouvre bientôt d'une exsudation plastique jaunâtre, très adhérente, au-dessous de laquelle existe une érosion superficielle et quelquefois une véritable ulcération. Les parties avoisinant l'éruption offrent toujours une rougeur anormale, indice d'une hypérémie plus ou moins intense; les amygdales restent rarement étrangères à ces accidents; le plus souvent en effet elles se tuméfient, se recouvrent d'une sécrétion plastique abondante et s'ulcèrent par place; la déglutition est alors douloureuse, des douleurs d'oreilles plus ou moins vives sont accusées [1].

« Les plaques muqueuses dépassent très rarement les limites du pilier postérieur ; nous ne les avons jamais observées sur les parois du pharynx.

« Les papules de la gorge coïncident souvent avec celles de l'anus.

« Cette affection est des plus tenaces et des plus sujettes à récidiver, aussi nous ne saurions trop recommander aux malades de cesser la pipe, les boissons alcooliques et les aliments irritants qui, tout en attirant sur la muqueuse buccale l'action du principe syphilitique, s'opposent d'une manière presque invincible à la guérison de la maladie une fois déclarée. L'hygiène de la bouche est en effet pour beaucoup dans la prophylaxie et le traitement curatif de cette manifestation. »

Dans son *Traité iconographique des maladies vénériennes*, A. Cullerier a dépeint aussi avec assez de fidélité l'aspect des accidents secondaires sur les différents points de la cavité bucco-pharyngée. « Les plaques muqueuses,

1. Les troubles auriculaires ont été signalés par les syphiliographes du début du XIXe siècle et même par quelques-uns du XVIIIe siècle. Ils incriminaient la trompe.

assez *rares au delà des piliers postérieurs*[1] du voile du palais, se développent néanmoins sur la *paroi postérieure* du pharynx où elles forment des élevures plus nettement tuberculeuses, rouges et moins souvent recouvertes de la pellicule qui donne l'apparence opaline.

« Les *amygdales* semblent être le siège de prédilection des plaques muqueuses[2]. Quelquefois elles forment en ce point des saillies à surface grisâtre, mais c'est là qu'on les rencontre le plus souvent à l'état d'ulcération, par suite des frottements qu'elles ont à subir de la part du bol alimentaire, dont la déglutition produit une sensation d'éraillure, de déchirure augmentée par la contraction musculaire du pharynx.

« Comme la poussée des plaques muqueuses sur les amygdales est souvent précédée d'un état congestif et *hypertrophique* de ces organes, la voix peut subir alors des altérations variables ; elle est tantôt rauque ou comme déchirée, tantôt elle est seulement nasonnée.

« Il faut être prévenu de cette modification dans la phonation, déterminée par des plaques muqueuses pharyngiennes, pour ne pas les confondre avec celle qui est due à la présence d'une lésion semblable dans le larynx même. En effet, les plaques muqueuses des cordes vocales ne sont pas rares et elles constituent un symptôme plus grave que celle dont je viens de parler, parce que, même guérie, si elles ont été ulcérées, elles peuvent laisser une altération de la voix[3] qui résiste à tous les traitements.

1. C'était l'opinion généralement reçue que le pharynx proprement dit échappait à la plaque. La rhinoscopie postérieure du cavum montrera qu'il n'en est rien.

2. Fournier dira que ce sont des nids à syphilides.

3. Les lésions syphilitiques du larynx commençaient dès lors à fixer sérieusement l'attention, Trousseau et Belloc font de la vérole une des causes de la phtisie laryngée (voir leur célèbre Traité sur cette affection.)

antisyphilitiques ». Notons que quelques planches de son atlas représentent des lésions tertiaires curieuses du pharynx.

Le paragraphe consacré par Niemeyer à la syphilis gutturale reflète assez exactement les idées de ses compatriotes sur le sujet ; on y sent aussi l'influence des travaux français les plus marquants de l'époque. « Les troubles de la nutrition dit-il, déterminés par la syphilis constitutionnelle dans la muqueuse du pharynx, se réduisent parfois à une hyperémie, à un gonflement, à une *imbibition*, à une sécrétion pervertie [1] de la muqueuse et aux phénomènes de catarrhe (angine syphilitique vraie). » Comme les écrivains de la première période du xix[e] siècle, comme Hunter et Bell, et sans entrer dans des motifs tirés de la pratique, comme Maisonneuve, il considère les processus ulcéreux comme les plus fréquents, mais il avoue ne pas très bien saisir leur pathogénie. « Toutefois il est plus commun que la dyscrasie syphilitique produise des ulcérations sur la muqueuse pharyngienne, et il est difficile de décider si ces ulcérations succèdent simplement à une escarre, ou bien si elles proviennent de la fonte purulente du tissu de la muqueuse ». A côté de ces lésions, il y en aurait d'autres, mais d'un caractère exceptionnel. « Il est bien plus rare que les parois du pharynx présentent des plaques muqueuses ou des végétations saillantes. La localisation des manifestations secondaires varie suivant chaque individu et sans qu'on puisse en dire la cause. » Quoi qu'il en soit, certains sujets seraient spécialement

1. La Martellières et Pillon décrivent cette perversion sécrétoire, mais en font un des symptômes de l'exanthème pharyngé syphilitique et non une manifestation isolée ; du reste, l'auteur allemand a raison dans certains cas.

prédisposés aux manifestations gutturales de la vérole. Le catarrhe syphilitique n'aurait pas cet aspect *suigeneris* que nous lui avons vu assigner par beaucoup des auteurs précédents. Cette manifestation vénérienne de l'arrière-bouche envahit la muqueuse du voile du palais, des amygdales, du pharynx. « Il ne se distingue des autres formes du catarrhe chronique[1] ni par la teinte cuivrée que peuvent présenter toutes les espèces de catarrhe, ni par d'autres particularités ». Comme on le voit, la réaction phlegmasique de la muqueuse qui est un accident banal des syphilides tient ici la première place et non l'érythème ou la plaque qui en sont le substratum. Qnelques mots sont accordés à la diphtérie syphilitique de Martin, mais sans citation d'auteur. « Quelquefois on aperçoit une transition à l'inflammation croupale, la muqueuse rougie se couvrant d'une couche mince d'exsudat coagulé ».

Les ulcères sont divisés en secondaires (plaques muqueuses érosives et autres, ulcères non excavés des Anciens) et en tertiaires (gommeux). Ils siégeraient sur les tonsilles, le voile du palais, la luette et la paroi postérieure du pharynx. « Les ulcères secondaires affectent des formes analogues à celles des ulcères primitifs des parties génitales. Cependant c'est l'ulcère induré, à contours irréguliers, à fond lardacé et enfoncé et à bords infiltrés qui se présente le plus souvent. Les lésions tantôt s'étendent de préférence en surface et détruisent alors de grandes portions de muqueuses de l'arrière-gorge (ulcères serpigineux superficiels déjà signalés par Hunter, mais qu'il n'attribuait pas à la syphilis), tantôt envahissent les fosses nasales posté-

1. Reumont, Galligo et avant eux quelques syphiliographes, avaient décrit chez des syphilitiques des catarrhes et même des granulations qu'ils regardaient comme spécifiques.

rieures et le larynx; parfois elles deviennent profondes et détruisent non seulement la muqueuse mais encore les parties sous-jacentes (accidents secondo-tertiaires de Ricord ou même tertiarisme) ». L'écrivain ne fait pas suffisamment à ce sujet la distinction capitale basée sur la chronologie. Les altérations destructives qu'il énumère n'ont rien de bien neuf non plus; cependant il signale le rétrécissement pharyngé et l'atrésie de l'orifice de la trompe, mais sans insister.

Les excroissances seraient des sortes de condylomes[1] ou de verrues qu'on retrouverait parfois sur les amygdales. L'auteur dit ensuite quelques mots sur les symptômes et la marche. « Le catarrhe syphilitique de l'arrière-bouche ne se distingue pas, dès le début, des autres formes de catarrhes, et le diagnostic ne devient possible qu'avec les progrès de la maladie. Lorsqu'un malade éprouve depuis des semaines des douleurs dans la déglutition, que ces douleurs sont d'une intensité modérée et qu'elles ne se sont pas manifestées subitement, mais petit à petit, que les symptômes résistent avec une grande opiniâtreté aux moyens ordinaires, il y a lieu de concevoir un fort soupçon sur la nature du catarrhe de l'arrière-bouche et de lui attribuer une origine syphilitique. Quand ces symptômes se présentent chez des individus qui ont souffert, il y a quelques semaines, d'ulcères primitifs, ce diagnostic acquiert tous les caractères de la certitude.

« Les ulcères syphilitiques de l'arrière-bouche souvent n'occasionnent pendant longtemps que peu d'embarras; une sensation de sécheresse et de brûlure dans la gorge et de faibles douleurs en avalant; c'est tout ce qu'on observe. Les malades imprévoyants n'apportent que peu

1. Ce sont les plaques végétantes de beaucoup d'auteurs français.

d'attention à ce petit malaise, et ne recourent à l'aide du médecin que quand le mal a pris une extension plus grande et amené des douleurs plus vives. Les solutions de continuité du palais engendrent une manifestation caractéristique de la voix et peuvent rendre la déglutition excessivement pénible ; ajoutez à cela, quand la maladie gagne les fosses nasales, des écoulements fétides par le nez, et l'enrouement quand elle envahit le larynx.

« Les éléments d'un diagnostic certain sont fournis par un examen local. En deux endroits seulement, sur la face supérieure du voile du palais et sur la paroi postérieure du pharynx, il peut devenir difficile de découvrir les ulcères. Au premier de ces deux endroits, on est en droit de les soupçonner toutes les fois que les malades se plaignent de douleurs persistantes et intenses dans la déglutition sans qu'il soit possible de découvrir les ulcères, lorsqu'en outre la face antérieure du voile du palais paraît d'un rouge foncé ou violet et montre d'une manière évidente une plus grande résistance, lorsqu'enfin les malades expulsent de temps à autre des mucosités sanguinolentes en soufflant par le nez, ou ramènent par le reniflement ces mucosités dans l'arrière-bouche. La certitude n'est acquise que lorsqu'on réussit à atteindre avec le doigt la surface irrégulière indurée et excessivement douloureuse de l'ulcération qui occupe la face postérieure du voile du palais [1].

« Le diagnostic de ces ulcères importe d'autant plus, que ce sont eux précisément qui servent de point de départ aux destructions les plus terribles. Les ulcères

1. Les lésions du cavum avaient été signalées déjà par des auteurs antérieurs, notamment en France. Ils avaient même mentionné les troubles auriculaires, mais tout cela se tenait encore dans le vague, faute d'examen direct des lésions.

R.BLANCHARD

de la paroi postérieure du pharynx, situés derrière le voile du palais, se découvrent quelquefois à l'inspection de la cavité pharyngienne, lorsqu'en tenant la langue abaissée, on fait prononcer par le malade la voyelle *a*, ou bien lorsqu'on soulève la luette et le voile du palais avec une spatule ». Quant aux excroissances, absolument indolentes, elles ne se révéleraient que lors d'un examen fortuit de l'arrière-gorge pour un autre motif.

L'article consacré par Rollet à la syphilis du pharynx est non seulement une excellente mise à point, fournissant en quelque sorte l'inventaire des connaissances de l'époque sur le sujet, mais il renferme çà et là des vues particulières à l'auteur. Il accentue, plus que Baumès, Cazenave, La Martellières et Pillon, le tableau de l'angine syphilitique du début[1], au lieu d'en faire un simple érythème à réaction locale généralement très atténuée. « Cette angine est caractérisée au début par une rougeur vive de l'isthme du gosier avec gonflement et douleur, gêne parfois assez grande de la déglutition. » Ce stade congestif ferait place à des lésions de tout autre caractère. « Le plus souvent l'angine, après avoir été d'abord érythémateuse, devient papuleuse, ulcéreuse ». D'ailleurs, elle pourrait commencer par ces altérations spéciales ; « ou bien elle (l'angine) débute par l'état papuleux, c'est-à-dire qu'elle se *manifeste d'emblée*[2] *sous forme de plaques muqueuses* avec les caractères

1. On vient de voir que c'était l'opinion de Niemeyer.
2. Il est assez difficile d'accorder ceux qui font jouer un grand rôle à la roséole pharyngée avec leurs adversaires, parce qu'ils font remarquer avec raison que bien des cas d'exanthème guttural échappent à cause de leur symptomatologie effacée. Cependant, en examinant systématiquement un certain nombre de vénériens dès l'apparition du chancre, on voit qu'il existe d'assez grandes variétés individuelles, justifiant toutes les opinions.

que l'on connaît et qu'elle conserve jusqu'à la fin ». Voici maintenant pour les syphilides bucco-pharyngées rongeantes. « La forme ulcéreuse est souvent consécutive aux précédentes ; elle s'établit aussi d'emblée dans les syphilides vésiculeuses, pustuleuses, bulbeuses[1], *et alors les ulcérations s'étendent un peu plus en largeur et en profondeur* que celles qui procèdent de plaques muqueuses ; néanmoins elles rentrent encore dans la catégorie des ulcérations gutturales superficielles ou du moins intermédiaires ». Rollet reconnaît que dans la bouche, sinon dans le pharynx, tout se réduit à la plaque muqueuse. A côté de ces ulcères secondaires et superficiels, il y en aurait d'autres de plus tardifs (tertiaires) et de plus destructifs aussi. « Les ulcérations profondes de la bouche et de l'arrière-bouche accompagnent quelquefois les syphilides pustuleuses et surtout les syphilides tuberculeuses ; mais souvent on les voit survenir tout à coup et indépendamment de tout autre symptôme syphilitique, quand les éruptions cutanées ont disparu et que la maladie semble arriver à son terme. Ces ulcérations ont généralement la muqueuse comme point de départ ; mais aussi elles peuvent procéder du tissu cellulaire sous-muqueux, et même d'organes plus profondément situés, du périoste, de l'os, d'un muscle présentant quelques-unes des altérations syphilitiques dont il est question plus loin[2]. Elles sont ordinairement précédées

1. Rollet est donc willaniste pour la gorge comme pour la peau, à l'exemple de Baumès, Cazenave, Rayer, Bazin, etc. ; mais, contrairement à eux, il ne rapporte pas d'observation à l'appui de ce qu'il avance.

2. Du côté du cavum, nous avons vu assez souvent sur la paroi postérieure au niveau de l'atlas et de l'axis, c'est-à-dire à la hauteur des ganglions rétropharyngiens, des ulcérations semblant reposer sur des masses profondes, d'allure gommeuse, dont la fonte paraissait être la cause du processus érosif survenu du côté du pharynx.

par un gonflement moitié inflammatoire moitié œdémateux des parties qui vont être affectées. » Après avoir signalé les gommes de la langue, il décrit les gommes du voile et de la voûte palatine, « l'ulcération dépasse bien vite la muqueuse et dans sa marche perforante elle ne tarde pas à mettre en communication la bouche avec les fosses nasales. D'autres fois, c'est la luette ou les piliers du voile du palais, ou bien les amygdales qui sont emportées par l'ulcération, souvent aussi c'est sur la partie postérieure du pharynx que le travail ulcératif s'établit. Alors quand l'ulcération n'est pas très étendue, qu'elle est médiane, on peut voir le fond jaune, grisâtre, pultacé de la plaie, avec ses bords rouges, œdémateux, mais il est des cas où l'on ne peut préciser les limites du mal, que l'on ne découvre complètement, ni en abaissant la langue, ni en relevant le voile du palais. Ces ulcérations gagnent souvent la trompe d'Eustache[1]; de là plus ou moins de surdité. Ou bien, après s'être développées d'abord sur plusieurs points isolés, elles se réunissent et donnent à l'arrière-bouche un aspect effrayant. On a vu des individus dont toute la partie visible du pharynx était ulcérée, et chez qui le voile du palais, la partie postérieure de la voûte palatine, les piliers et les amygdales étaient en outre détruits. Ces malades guérissent assez souvent, mais au prix de grandes difformités sur lesquelles on n'a bien appelé l'attention que dans ces dernières années[2] ». Rollet insiste, dans les lignes suivantes, sur les atrésies vénériennes de l'organe. « Les perforations de la voûte palatine, celles du voile

1. Voir ce que nous avons dit à propos des indications fournies sur ce sujet par les anciens syphiliographes, quelques pages plus haut.

2. L'auteur veut parler des rétrécissements syphilitiques du pharynx.

du palais et les pertes de substance qui résultent de la destruction de la luette, des piliers ou des trompes sont bien connues ; mais quand ces destructions, au lieu d'être partielles, s'étendent à plusieurs organes et notamment au pharynx et au voile du palais en même temps, il en résulte une vaste ulcération qui peut se cicatriser, mais qui entraîne toujours un certain degré de rétrécissement du pharynx. Il arrive même quelquefois que ce rétrécissement va jusqu'à l'oblitération presque complète du conduit, et, comme il siège, dans ces cas, immédiatement au-dessous de l'ouverture postérieure des fosses nasales et des trompes, juste à la hauteur de la voûte palatine, il en résulte que la communication de l'arrière-cavité des fosses nasales avec le conduit pharyngien inférieur est presque complètement interceptée. Virchow a cité une observation de ce genre sous le nom « d'atrésie cicatricielle de l'isthme du gosier; » j'en ai moi-même recueilli cinq dans mon service à l'Antiquaille. Un mémoire récemment publié par Hermann et traduit par Verneuil (*Arch. gén. de médecine*) mentionne trente observations d'adhérences du voile du palais à la paroi postérieure du pharynx, presque toutes dues à la syphilis. Ces rétrécissements, ces occlusions du pharynx sont constitués de la manière suivante : la voûte palatine avec ce qui reste du voile du palais se continue horizontalement jusqu'à la paroi pharyngienne postérieure et fait corps avec elle au moyen d'adhérences cicatricielles. Ces adhérences circonscrivent une petite ouverture qui établit seule la communication de la partie supérieure avec la partie inférieure du pharynx. C'est par ce pertuis que passent, non sans peine, les mucosités nasales et pharyngiennes et que circule l'air

de la respiration, quand celle-ci se fait par le nez, la bouche étant fermée. J'ai vu un individu qui avait, tout à la fois, une perforation de la voûte palatine et un de ces rétrécissements pharyngiens. Je fis avec succès chez lui l'uranoplastie, mais, chose remarquable, il eut beaucoup de peine à s'accommoder de cette restauration; la respiration par le nez qui se faisait passablement à travers la fistule palatine, était devenue à peu près impossible à travers la seule ouverture extrêmement étroite du rétrécissement et, chaque fois que cet individu essayait de fermer la bouche, il se croyait presque aussitôt menacé d'asphyxie ».

Bien qu'il n'ait rien écrit de bien détaillé, ni rien de bien nouveau sur la syphilis du pharynx, BAZIN mérite cependant d'être consulté à cause de l'idée particulière qu'il se faisait de la plaque muqueuse, cette syphilide si fréquente et si importante dans la cavité gutturale. Il commence par montrer que cette lésion ne rentre dans aucun type connu de la classification de Willan. « Gibert, Cazenave rangent la plaque muqueuse dans l'ordre des *tubercules* et en font un tubercule plat, mais les caractères du tubercule syphilitique sont bien différents de ceux de la plaque muqueuse. Le tubercule est plein, conique et laisse habituellement à sa suite une cicatrice durable; la plaque muqueuse au contraire est molle, humide, étalée, déprimée au centre et ne laisse jamais de cicatrice à sa suite[1]. L'époque d'apparition est essentiellement différente dans l'un et l'autre cas, précoce pour la plaque muqueuse, toujours tardive pour la syphilide tuberculeuse. Je n'admets pas non plus que la lésion qui nous occupe soit une papule et je rejette la dénomination de grande « papule humide »

1. Sauf quand elle s'ulcère.

qui lui fut donnée par Bassereau; une papule, en effet, n'est jamais déprimée au centre et relevée sur les bords; elle ne fournit pas de sécrétion qui se concrète pour former une croûte enchâssée par un bourrelet circonférentiel. Voilà pour les caractères objectifs. Mais, en outre, une première poussée de syphilide papuleuse, comme nous l'avons expliqué plus haut, est toujours et forcément disséminée lorsque le malade n'a pas encore pris du mercure, tandis que, dans les mêmes conditions, l'éruption de plaques syphilitiques peut être circonscrite. Quant à l'opinion de Hunter, qui considérait la plaque muqueuse comme la papule des muqueuses, il suffit pour la réfuter de faire remarquer que la plaque muqueuse existe avec tous ses caractères sur le tégument cutané. Je regarde comme très probable que la plaque syphilitique a son siège dans le conduit excréteur des glandes sudoripares, idée que j'essayerai de développer à propos de l'histoire particulière des plaques syphilitiques. »

Plus loin, dans ses considérations sur la syphilis tégumentaire et à propos de la classification des syphilides données par Hardy en 1858, il reprend : « De même quand il s'est agi de plaques muqueuses, cette *lésion spéciale* à la syphilis et *sans analogue* dans les autres classes d'affections cutanées, il a fallu, bon gré, mal gré, la rattacher à une des formes élémentaires admise par Willan, et la faire rentrer dans les cadres établis par cet auteur. J'espère vous prouver dans un instant que, par toutes les particularités de son histoire, la plaque muqueuse mérite réellement une place à part dans le tableau des éruptions syphilitiques. » Il en fait l'élément spécifique de la vérole, toutes les autres syphilides n'étant que des éruptions communes se rencontrant dans la syphilis, mais aussi

dans d'autres maladies de la peau. Voici ce qu'il dit sur les accidents secondaires de l'affection qu'on observe du côté de la muqueuse pharyngée. « Ces accidents, que je me bornerai à énumérer, consistent dans une rougeur particulière de la muqueuse de la voûte palatine, du voile du palais, de l'isthme du gosier, rougeur qui s'accompagne de phénomènes légers d'angine, et quelquefois aussi d'un peu d'enrouement quand la muqueuse laryngienne est atteinte.

« En même temps que cette rougeur, on aperçoit souvent sur les surfaces hypérémiées des ulcérations superficielles recouvertes de débris épithéliaux blanchâtres.

« Notons aussi les plaques muqueuses qui ont une prédilection marquée pour la muqueuse buccale et l'isthme du gosier. Leur présence a une grande importance au point de vue du diagnostic puisqu'elle permet d'affirmer, sans craintes d'erreur, l'existence de la syphilis. Quant aux ulcérations profondes se propageant jusqu'aux os, qu'on a l'occasion d'observer du côté de la voûte palatine, elles n'appartiennent pas à la période qui nous occupe. »

Tout autre est l'importance de la partie de l'ouvrage de Lancereaux réservée aux affections syphilitiques de la bouche et du pharynx. Quel que soit l'intérêt de l'étude qu'il consacre aux syphilides secondaires de cette cavité de l'économie, nous n'insisterons ici que sur les lésions tertiaires du pharynx, qui constituent certainement la contribution la plus originale apportée par l'auteur à la connaissance des lésions gutturales d'origine vénérienne. Il insiste sur l'analogie remarquable qu'il y a entre les manifestations tertiaires de la gorge et celles de même nature que l'on rencontre du côté de la peau. « De même que les lésions primitives ou secondaires de la bouche et du pharynx

diffèrent à peine du chancre et des éruptions cutanées, de même les affections tertiaires de ces parties ont la plus grande analogie avec celles de la peau et du tissu cellulo-adipeux. Cette analogie qui nous a frappé, n'avait pas, du reste, échappé aux observateurs. En effet, pas de différences notables, ou dans la constitution de la lésion élémentaire suivant que l'un ou l'autre tégument se trouve affecté, mais variabilité dans la marche, tenant surtout à la non identité de la membrane. Le voile du palais, la voûte palatine, la langue, le pharynx, les amygdales, tel est le siège ordinaire de ces affections qui se présentent sous des aspects variés et qui apparaissent à des époques parfois un peu différentes. Plus précoces, les unes, sous forme d'ulcérations plus ou moins profondes, sont assimilables au rupia et au tubercule de la peau ; plus tardives, les autres se rapprochent plutôt des gommes du tissu cellulaire sous-cutané. » Celles-ci seraient de petites tumeurs arrondies, généralement développées dans le tissu cellulaire sous-muqueux. « Fermes et mobiles à leur naissance, ces productions, à mesure qu'elles vieillissent, deviennent moins consistantes, plus molles, altèrent la muqueuse qui les recouvre, se font jour à l'extérieur et disparaissent, non pas comme le ferait une collection purulente, mais plutôt à la façon d'une escarre; l'ouverture s'agrandit, le produit morbide ramolli est peu à peu éliminé ; il reste un ulcère qui se couvre encore de bourgeons de mauvais aspect; la cicatrisation se fait enfin, mais d'une façon toujours très lente.

« La paroi postérieure du pharynx est le siège le plus ordinaire de ces lésions. Le périoste peut en être le point de départ ; Boyer a vu une tumeur gommeuse développée au devant de la colonne vertébrale perforer la

paroi du pharynx. L'ulcération n'est pas cependant la terminaison obligée de ces productions ; sous l'influence d'un traitement approprié, elles peuvent se résorber sans laisser la moindre trace de leur existence, si ce n'est une légère dépression. En dehors de cette circonstance, elles ont en général une durée très longue et on les a vues, dans certains cas, conduire à des erreurs graves les hommes les plus autorisés dans la matière. Je me souviens, dit Maisonneuve (leçon de clinique sur les maladies cancéreuses), d'un malade que Blandin avait soumis à une opération des plus graves pour une tumeur du pharynx qu'il croyait être un cancer encéphaloïde et qu'il avait crue telle, même après l'examen anatomique de la tumeur. Après une guérison qui dura six mois, le mal récidiva et fit bientôt des progrès si rapides, que Blandin le considéra comme absolument incurable. Cet homme fut envoyé à Bicêtre dont j'étais alors le chirurgien en chef. Une énorme tumeur occupait la région latérale gauche du cou et toute la région parotidienne ; elle pénétrait dans le pharynx, déprimait le voile du palais et menaçait le malade de mort par asphyxie. L'iodure de potassium fut administré à la dose de 1 gramme par jour et en moins de six semaines la tumeur disparut sans laisser de trace.

« Cette méprise, reprend Lancereaux, ne doit pas étonner ; le cancer est l'une des affections avec lesquelles on confond le plus facilement les productions gommeuses; dans l'espèce, les caractères différentiels ont déjà été indiqués plus haut ; j'ajouterai cependant que la tumeur cancéreuse n'est pas aussi bien circonscrite que la gomme, qu'elle est moins libre, moins mobile au milieu des tissus ambiants, et, contrairement à cette dernière, le plus souvent accompagnée d'une modification des ganglions

correspondants. Les abcès rétropharyngiens se distinguent de leur côté, ceux qui sont aigus par des phénomènes inflammatoires à leur début, les autres, c'est-à-dire les abcès froids, par une mollesse et une véritable fluctuation dès le premier moment de leur apparition.

« A ces ulcérations succèdent en général des cicatrices profondes, blanchâtres, plus ou moins irrégulières, et, dans quelques cas, des adhérences des parties voisines. C'est ainsi que nous avons vu chez un malade qui succombait, à cinquante-neuf ans, à une syphilis viscérale, le voile du palais en partie détruit et adhérent à la paroi postérieure du pharynx. Coulson, Sigmund ont rapporté des faits du même genre. Dans ces conditions, surviennent quelquefois le tiraillement des parties voisines et l'atrésie des cavités au point de gêner considérablement les fonctions de la phonation et de l'audition. La présence de ces altérations est d'une grande importance diagnostique relativement aux manifestations syphilitiques des viscères qui, sans elles, pourraient plus souvent encore passer inaperçues. Les lésions profondes de la gorge et du voile du palais sont, en effet, relativement fréquentes dans les affections cérébrales syphilitiques, puisqu'elles sont notées par Virchow trois fois et quatre fois dans le nombre des faits qui nous sont personnels.»

Lasègue, dans son *Traité des Angines*, fait des lésions gutturales de la syphilis une étude qui est, comme d'habitude, très circonstanciée et très clinique, profitant des travaux contemporains qui venaient compléter d'une façon si heureuse les notions transmises par Hunter, Bell et par Babington.

A l'érythème, aux ulcères syphilitiques de Boyer et de quelques autres, il substitue, avec Baumès l'idée d'une

analogie complète avec les syphilides cutanées comme l'on commençait du reste à le soutenir (Bazin). « Je me suis appliqué, dit-il, à décrire les espèces de syphilides gutturales plus soigneusement peut-être qu'on ne l'a fait jusqu'ici, et à montrer que là, comme dans tant d'autres maladies, la membrane muqueuse de la gorge est l'*équivalent pathologique de la peau* ; quelque imparfaite que soit la tentative, elle ne sera pas inutile si elle a pour résultat de remplacer par des données positives des généralités. On a pris l'habitude, et c'est une très grande faute, de traiter l'angine syphilitique comme si elle représentait une unité, tandis qu'on s'ingéniait à multiplier les espèces de syphilides cutanées. Il faut admettre et reconnaître autant de syphilides de la membrane muqueuse qu'il y a « d'éruptions de la peau ». En outre de cette idée de la polymorphie des lésions gutturales, déjà entrevue par quelques syphiliographes, mais sur laquelle ils n'avaient peut-être pas beaucoup insisté, Lasègue a rendu un autre grand service, celui de combattre avec énergie ce terme commode, mais très vague, d'ulcère vénérien de la gorge, pour lui substituer des entités anatomiques beaucoup plus précises, principalement la gomme, dont l'importance était déjà fort grande, grâce aux travaux des histologistes contemporains. Ici du moins, Lasègue avait parfaitement raison de conclure que l'ulcère ne constitue en somme qu'une des phases d'un processus morbide dont trop souvent l'ensemble échappe. « Toutes les fois qu'on adopte pour une classe de lésions, quel que soit le tissu qu'elles occupent, la dénomination d'ulcérations ou d'ulcères, on peut affirmer d'avance qu'il s'agit d'un type provisoire, et qui appelle de nouvelles recherches. L'ulcération n'est qu'un des termes

de l'évolution ; j'accorde qu'il soit le plus durable ou le plus dangereux, mais l'étude anatomo-pathologique d'une altération ne se fait pas avec son pronostic.

« En se bornant à constater et à décrire la période ulcéreuse, on passe outre à ses antécédents qu'on n'a pas eu l'occasion où la précaution d'observer, et on ne prend même pas le soin de signaler cette lacune. Il en résulte que l'ulcération, supposée née d'emblée, représente la totalité de la lésion dont elle n'est en réalité qu'un des temps.

« Plus on avance dans la notion positive des maladies et de leur développement, plus la classe autrefois si compréhensive des ulcères va s'amoindrissant. Il suffit de prendre pour exemple la pathologie utérine et la dermatologie, d'où le nom même d'ulcère a depuis longtemps disparu. En rapportant ainsi l'ulcération à l'affection primitive originelle dont elle représente un degré, un processus obligé ou même une complication incertaine, on a réalisé un énorme progrès.

« Avant d'aborder l'étude des ulcérations de la gorge, il est nécessaire de s'entendre sur la dénomination. Les auteurs ont confondu sous le nom d'ulcère des lésions de toute espèce, quand ils n'ont pas pris pour des pertes de substances les anfractuosités des amygdales. Le nom d'ulcération doit être réservé aux états pathologiques caractérisés par une destruction plus ou moins profonde de la membrane muqueuse, affectant en général une forme arrondie à bords tranchés, et par conséquent représentant une lésion bien limitée sur la membrane à peu près saine. Ainsi comprise, la définition exclut les simples érosions épithéliales, qu'elles soient ou non recouvertes de produits plastiques ou puru-

lents, qu'elles simulent ou non une perte de substance qui n'est qu'apparente. L'ulcération répond, à quelques degrés, à l'idée d'un sphacèle, d'un arrêt de circulation capillaire, tandis que les lésions superficielles que j'élimine s'expliquent par un tout autre processus pathologique. Les plaques muqueuses ne sont pas ulcérées, même quand l'épithélium ne les recouvre plus; les pustules béantes ne rentrent pas davantage dans la définition admise d'ailleurs par les médecins. » Cependant il restitue plus loin aux ulcérations gommeuses tertiaires une valeur clinique sinon théorique ; ce qui est non une inconséquence, mais la reconnaissance très exacte des choses comme elles se passent en réalité, le médecin ayant rarement l'occasion d'observer l'élevure (tubercule ou gomme) qui a précédé la perte de substance.

Lasègue insiste aussi beaucoup sur le caractère spécial des lésions, qui leur donne en général un aspect presque pathognomonique, très précieux pour le diagnostic. Il y avait certes progrès à admettre que la vérole a des allures spéciales sur la gorge aussi bien que sur la peau. Lasègue se rattache franchement à cette opinion, qu'il s'efforce avec beaucoup d'insistance à faire prévaloir, tout en ne niant pas les réactions, inflammations consécutives, que déterminent souvent les lésions syphilitiques. Il leur fait même la part assez large et explique ainsi l'aspect assez confus de certaines manifestations gutturales vénériennes à la fin de leur évolution.

Éliminant, ainsi qu'il l'annonce, les accidents primaires, Lasègue avait entrevu, comme l'école du Midi, l'importance fondamentale de la division des accidents, consécutifs à l'infection primitive, en secon-

daires et en tertiaires, que Ricord avait établie et défendue d'une façon si magistrale. A propos des premiers, il ne manque pas de mettre en plein relief l'intérêt très grand qu'a le clinicien à connaître les manifestations gutturales de la vérole, en présence de l'insignifiance fréquente ou même de la nullité des éruptions cutanées. « Non seulement, elles n'appartiennent pas aux manifestations ultimes ou aux anomalies, mais elles peuvent devancer toute autre éruption[1]. Avertissant le malade par des sensations douloureuses, elles n'échappent pas à son observation, à la manière des éruptions indolentes de la peau que le médecin découvre si souvent avant qu'on songe à le lui signaler. Enfin il se peut que, pendant un laps de temps plus ou moins long, les lésions de la gorge soient l'unique expression de l'état constitutionnel ». D'autre part, l'inspection en serait facile. « Il n'en est pas ainsi des angines visibles, dont on suit aisément l'évolution et qui sont aussi accessibles à la vue que l'exanthème cutané, et qui ne sont rien moins qu'un accident exceptionnel ». Niant résolument l'angine syphilitique que rien ne distinguerait de l'angine commune[2], Lasègue se borne à distinguer deux variétés d'accidents gutturaux secondaires proprement dits : l'érythème très semblable à celui de la rougeole et la plaque muqueuse, papule à laquelle son siège sur le revêtement interne et sa nature vénérienne ont donné un aspect si spécial et si pathognomonique qu'on ne retrouve rien de semblable en dehors de la vérole, ainsi que Lasègue a bien soin de

1. Nous avons déjà insisté sur la priorité que Lasègue tend à donner aux manifestations pharyngées dans toutes les maladies éruptives.

2. C'était l'opinion de Troja. Nous venons de voir que des auteurs récents, tels que Niemeyer et Rollet, admettaient en partie cette idée partagée par beaucoup d'anciens syphiliographes.

le faire ressortir[1]. Il tend même, pour ces motifs, à y voir un élément éruptif spécial qui n'a plus avec la papule que des rapports assez éloignés. « Il existe, dit-il, parmi les affections éruptives de la peau d'origine vénérienne, une production toute particulière et dont on pourrait dire qu'elle est la plus spécifique de toutes, je veux parler des plaques muqueuses, signalées et décrites par les auteurs avec des caractères invariables, quoique sous des noms différents. Tandis que les autres éruptions : roséole, vésicule, bulles, etc., ont leur correspondant dans la pathologie cutanée non syphilitique, et qu'elles expriment des dyscrasies multiples, la plaque muqueuse appartient en propre à la syphilis. Quelle que soit l'évolution anatomique qu'on suppose, qu'on la considère ou non comme une papule dégénérée [2], il n'en est pas moins vrai qu'elle se comporte autrement que les éruptions papuleuses dont on la rapproche. Même, à son début, avant que la surface soit érodée et ait revêtu l'aspect de membrane muqueuse qui lui a valu son nom, elle se distingue par des caractères tranchés, à ce point que la confusion est réellement impossible. Rattacher les plaques muqueuses à des éruptions dont elles s'éloignent par tant de côtés, me paraît plus nuisible qu'utile. C'est surtout quand il s'agit de classer les éruptions des membranes muqueuses qu'il importe d'assigner à ces plaques la valeur d'une espèce et d'éviter ainsi une des causes qui ait le plus contribué à rendre confuse la description des angines syphilitiques ».

1. C'était, comme on vient de le voir, l'opinion de Bazin. Consulter aussi ce que dit ce dernier sur les analogies avec d'autres éruptions syphilitiques.

2. Cullerier avait identifié avec les papules toutes les éruptions vénériennes. Fournier, pour la plaque, montrera qu'il n'en est rien.

Lasègue décrit avec soin la morphologie des plaques muqueuses du voile et de celles des amygdales ; celles-ci, à cause de la présence des cryptes tonsillaires, seraient non seulement différentes d'aspect, mais encore d'une durée beaucoup plus grande, le mal trouvant à se cantonner dans les cavités de cette dernière et à échapper ainsi aux causes qui tendraient à enrayer son évolution[1]. « Les plaques plus ou moins nombreuses, de dimensions variables, ont à peu près le même aspect, qu'elles occupent les piliers, le voile du palais ou la luette. Il n'en est pas ainsi, quand elles se fixent sur les amygdales ; mais les différences tiennent bien plus à la structure des amygdales qu'au mode d'évolution de la lésion syphilitique. Au lieu de porter sur une surface lisse comme le voile du palais, les plaques muqueuses se développent là sur des organes souvent anfractueux, bosselés, inégaux, présentant des excavations irrégulières qu'il n'est pas rare de confondre avec des ulcérations. La sécrétion vicieuse n'est détergée par la salive que sur les portions saillantes, elle s'accumule dans les cryptes, se rassemble sous les brides cellulo-muqueuses ; elle s'épaissit dans les orifices des glandes où elle séjourne. Non seulement les boissons, les aliments n'entraînent pas les produits de sécrétion ainsi protégée, mais il est difficile d'atteindre toutes les profondeurs par les gargarismes ou les cautérisations. Aussi les plaques muqueuses tonsillaires sont celles qui offrent le plus de diversités[2] et qui sont le plus durables. C'est sur les amygdales surtout qu'on voit les

1. Cette remarque est absolument justifiée par l'étude attentive des faits. Les syphilides cryptaires sont remarquablement tenaces d'habitude.

2. C'est à cause de cette polymorphie que l'École de Fournier admettra des espèces différentes.

plaques muqueuses, qu'on pourrait croire à peu près guéries, repulluler au bout même de plusieurs mois de répit et donner lieu à des angines d'une durée presque illimitée [1]. »

« La présence irritative des plaques modifie à la longue assez profondément l'arrière-gorge, région complexe, très vasculaire, soumise à de nombreuses modifications pathologiques; elle subit des lésions secondaires qui interviennent à titre de complications. L'inflammation consécutive se développe; elle devient l'occasion de phlegmasies localisées dans les divers éléments du tissu muqueux; les appareils glanduleux se congestionnent, leur sécrétion est altérée, on voit apparaître des points blanchâtres à aspect éruptif; la luette s'œdématie, le voile du palais perd plus ou moins de sa mobilité. Néanmoins, la fluxion inflammatoire se propage rarement; elle n'atteint ni les fosses nasales, ni les trompes, et, par ce seul fait, elle s'éloigne des angines catarrhales diffuses qui sont moins étroitement limitées.

« Les ganglions participent à la maladie; ils deviennent douloureux, ils augmentent de volume, et on constate leur accroissement comme on a constaté l'hypertrophie des ganglions situés en arrière du sterno-cléido-mastoïdien, déterminés par les croûtes de la tête [2].

« A son maximum d'intensité, la plaque muqueuse de la gorge est d'un diagnostic facile. Il n'en est ainsi ni à son début, ni à sa période de déclin. Au début, l'angine

1. Fournier vient de démontrer, dans un ouvrage récent, que les plaques gutturales peuvent survenir au bout de cinq, six, huit et même dix ans, c'est-à-dire en plein tertiarisme.

2. Ainsi se trouve élucidée la question très discutée de savoir si les syphilides secondaires produisent de l'adénite. Non, si elles sont à l'état de pureté. Oui, si elles se compliquent d'un élément inflammatoire (infection secondaire).

à plaques muqueuses est aisément confondue avec les espèces catarrhales, et le jugement ne se fait en général qu'à l'aide d'autres symptômes concomitants ou de l'anamnèse [1].

« Il existe à cette époque une cause d'erreur qu'il importe de mentionner. J'ai déjà noté que, chez beaucoup d'individus, les piliers antérieurs sont le siège d'une rougeur toute particulière et présentent comme deux surfaces lisses ayant à peu près la forme de croissants. Les plaques muqueuses viennent souvent se fixer sur ces points ; mais on peut, et je signale le fait pour avoir eu plus d'une occasion de le constater, on peut s'abuser en prenant ces *surfaces lisses* pour des plaques muqueuses commençantes.

« Le jugement est bien plus délicat à la phase du déclin. Longtemps après que les plaques ont disparu, ou spontanément, ou sous l'influence de la médication, la gorge reste enflammée, rouge, douloureuse par intervalles. La convalescence est le plus souvent presque aussi longue que la maladie. Si on est appelé à cette époque, on réussira encore avec une suffisante attention à reconnaître la nature du mal. La membrane muqueuse garde un aspect pointillé, rugueux, sans analogue, prédominant aux points qui ont été le plus affectés. Je n'insiste pas néanmoins sur ces caractères toujours douteux et presque impossibles à traduire ».

Sous le titre d'angines tertiaires, Lasègue englobe non seulement la gomme, mais encore d'autres éruptions qui se voient bien plus rarement sur la gorge (où elles sont, il faut le dire, exceptionnelles) que sur la peau. Désirant

1. Donc Lasègue reconnaît lui-même, d'une façon implicite, que les lésions peuvent avoir l'allure d'une réaction vulgaire.

calquer pour ainsi dire sa description des affections gutturales sur celle des affections cutanées, il ne pouvait manquer ici au plan qu'il s'était imposé, aussi s'est-il exprimé ainsi au début du paragraphe consacré aux manifestations de la syphilis sur l'isthme et le pharynx. « Les éruptions cutanées peuvent être partagées, d'après leurs caractères anatomo-pathologiques, dans les catégories suivantes : 1° érythème roséolé ; 2° papules ; 3° vésicules et pustules, 4° bulles ; 5° squames ; 6° tubercules. Il ne saurait entrer dans mon plan de discuter les objections que peut soulever cette classification admise, sauf quelques variantes, par la plupart des médecins. En l'appliquant aux éruptions syphilitiques de la gorge, je me bornerai à établir quelques données essentielles ».

Cette tendance à l'identification, plus ou moins justifiable suivant les cas, a eu ici du moins le mérite de nous conserver quelques remarques curieuses sur des éruptions gutturales trop peu connues généralement.

« Les éruptions bulleuses de la gorge sont extrêmement rares, si j'en juge par mon expérience. Je n'ai qu'un fait très concluant de *rupia* syphilitique survenu chez une jeune fille en traitement à Lourcine. La malade, d'une constitution lymphatique, âgée de dix-neuf ans, ne savait à quelle date remontaient les accidents primitifs dont elle ne s'était pas aperçue. Elle était entrée à l'hôpital pour une blennorrhagie et avait déjà subi un court traitement à la suite d'une roséole guérie. Un mois après son entrée, elle se plaignit de mal de gorge. A l'examen direct, on constatait au-dessus du pilier gauche, sur le bord du voile du palais, une plaque blanche, comme gaufrée, de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, parfaitement ronde et à bords nettement limités. J'avoue-

rai que je restais indécis sur la nature de cette plaque d'un aspect tout particulier, jusqu'au jour où les bulles de rupia se produisirent sur la peau. Le rupia de la gorge dura plus de deux mois. La fausse membrane était adhérente; elle prit de plus en plus d'épaisseur et finit par faire une saillie notable. Les cautérisations et les gargarismes ne donnaient aucun résultat; si on détachait avec des pinces quelques fragments, on retrouvait le lendemain le vide rempli par une nouvelle sécrétion; peu à peu la croûte blanchâtre se souleva d'elle-même, laissant à nu une surface opaline, puis une ulcération peu profonde, saignante au contact d'un linge et qui guérit assez rapidement.

« Les éruptions *squameuses* s'observent moins rarement, mais on sait combien d'indécisions règnent encore relativement au diagnostic de la psoriase [1] syphilitique. Que les squames se produisent à la peau ou sur la membrane muqueuse de la gorge, elles apparaissent dans des conditions qui laissent subsister plus d'un doute. Je ne connais pas dans la science de fait de syphilide squameuse gutturale; bien que j'aie vu plusieurs cas de psoriasis de l'arrière-gorge, je n'en ai pas rencontré un seul qui me parût de nature vénérienne.

« Les éruptions *pustulo-papuleuses* sont au contraire assez communes, mais je les ai vu coïncider avec un exanthème identique à la peau. Le diagnostic se faisait par l'examen de l'affection cutanée, et l'angine occupait une place d'autant moins considérable qu'elle occasionnait assez peu de douleur, et que les malades ne s'en plaignaient qu'après avoir été interrogés sur ce point. Chez

1. Herbert Mayo (voir plus haut) attribuait à la psoriase syphilitique la teinte blanchâtre de certaines lésions gutturales.

un homme de vingt-deux ans, l'éruption pustulo-papuleuse de la gorge était d'une extrême confluence ; elle s'était surtout concentrée sur la luette à laquelle elle donnait l'aspect d'une grappe rouge, plus étroite à la base qu'à la pointe ; l'exanthème cutané était également confluent. Le malade, qui n'avait pas subi de traitement, accusait de la sécheresse de la gorge, de la gêne de la déglutition, et, malgré le volume et la procidence de la luette, il n'éprouvait pas la sensation de corps étrangers et ne graillonnait pas ».

Nous avons déjà dit que Lasègue considérait la gomme comme la manifestation tertiaire la plus fréquente de la gorge, ainsi que l'avaient démontré les recherches des syphiliographes et des dermatologistes contemporains ; sa description assez courte n'offre rien de personnel, pas plus que celle des désordres anatomiques qu'elle entraîne à la période de destruction. Il en emprunte les éléments à l'excellente thèse de La Martellières. Ses remarques sur les complications érysipélateuses des ulcères gommeux sont plus intéressantes. « Non seulement l'ulcère syphilitique de la gorge peut entraîner des pertes de substances profondes, étendues, et causer d'énormes ravages, mais il s'accompagne d'accidents concomitants auxquels les syphilides cutanés ne se prêtent pas habituellement. Je n'ai pas à insister sur toutes les possibilités de ces désorganisations ulcéreuses qui s'étendent à l'aventure et sont d'autant mieux caractérisées qu'elles sont plus considérables. En présence d'une vaste destruction sans sphacèle, on n'hésite guère sur le diagnostic. La syphilis est la seule maladie qui ronge ainsi les membranes muqueuses. On est moins préparé à craindre les accidents sur lesquels je tiens à appeler l'at-

tention. Déjà, dans l'observation de La Martellières, on a pu voir l'érysipèle partir des ulcérations pour envahir la face et devenir mortel. Ce grave incident vient, plus souvent qu'on ne le supposerait, compliquer les angines ulcéreuses spécifiques; j'en rapporterai un exemple qui me paraît, sous ce rapport comme à d'autres points de vue, mériter d'être reproduit. » Il mentionne également, à ce sujet, les phénomènes douloureux, les secousses de tout l'organisme que détermineraient les poussées de gommes, tout comme les syphilides même tertiaires (opinion un peu trop généralisée).

« Indépendamment des poussées érysipélateuses, les ulcères syphilitiques de la gorge, s'exacerbant dans leur cours et procédant, pour ainsi dire, par secousses, entraînent à chaque crise nouvelle un redoublement des accidents généraux qui ont marqué le début. Les douleurs pseudo-rhumatismales prennent plus d'intensité et sont parfois assez vives pour que le malade oublie l'angine à laquelle elles sont rattachées, et concentre son attention sur les souffrances mal définies des membres. Le diagnostic est ainsi doublement entravé, ou parce qu'on se préoccupe d'un phénomène secondaire, ou parce qu'en tenant compte de l'angine, on risque de renverser la subordination des symptômes et de considérer l'angine comme une localisation gutturale du rhumatisme. Qu'on ne croie pas que ces douleurs rhumatismales sont indécises et moyennes; elles acquièrent dans certains cas une vivacité inattendue. Elles se rassemblent au voisinage des jointures, et l'erreur n'est pas sans excuse [1]. »

Une autre particularité de la syphilis de la gorge, qui

1. D'ailleurs il peut y avoir de véritables arthrites syphilitiques secondaires ou tertiaires, avec ou sans épanchement (Méricamp).

a été bien mise en lumière par Lasègue, ce sont les gommes osseuses de la paroi postérieure du pharynx dont il donne une observation empruntée au Dr Bryandt, de Londres (Transact. soc. pathol., 1860). « Ces gommes sont beaucoup plus fréquentes qu'on le croit au cavum, près de l'articulation de l'atlas avec l'axis, ainsi que nous l'avons pu constater chez un grand nombre de sujets. »

C'est le professeur Fournier, l'éminent maître de l'École syphiliographique française (alors médecin à l'hôpital de Lourcine, quand il fit paraître la première édition de son traité sur la syphilis féminine), qui nous permettra pour ainsi dire de clore cette étude historique déjà longue, en rapportant ici ses très intéressantes remarques sur la syphilis bucco-pharyngée. Comme tous les médecins qui ont longtemps pratiqué la spécialité des maladies vénériennes, il sait que la gorge est un des meilleurs points où on peut aller dépister la redoutable affection. Il déclare ces manifestations « incomparablement plus communes dans l'un et l'autre sexe que les syphilides cutanées. » Les récidives y seraient aussi plus à craindre. Bien qu'il partage en grande partie les idées de Rayer et de Bazin touchant la similitude des éruptions sur les téguments externe et interne, il ne veut pas cependant pousser l'assimilation trop loin. « On a dit[1] que les exanthèmes syphilitiques des muqueuses étaient exactement et n'étaient rien autre chose que les syphilides de la peau transportées sur les muqueuses; *cela est vrai et faux tout à la fois.* » Après avoir montré que les papules, les vésicules, les pustules ont, des deux côtés, leur contre-partie, il fait remarquer cependant que, soit les muqueuses, soit la

1. Baumès, Cazenave, etc., voir, aux paragraphes correspondants, l'opinion de ces auteurs.

peau ont des lésions qui leur sont propres et ne trouvent pas de contre-partie. C'était l'opinion de Bazin aussi, qui faisait de la plaque muqueuse quelque chose de spécial ne pouvant rentrer dans la classification willanique. Quant à cette manifestation, elle *serait loin de constituer une syphilide univoque.* « Tout ce qui se produit sur le tégument muqueux est dit plaque muqueuse, et les mêmes observateurs qui s'arment d'une loupe pour différencier sur la peau des nuances insaisissables à l'œil nu, consentent à réunir en un même type et sur le même plan des lésions grossièrement dissemblables, alors qu'elles siègent sur le tégument interne. » Or, il ne serait point vrai que tout ici soit taillé sur un patron unique. En faisant semblant de croire qu'il en est ainsi, on se mettrait dans le cas des vieux syphiliographes du XVIe siècle qui, pour toutes les lésions de la vérole, employaient le même mot pustule. Le mieux serait, pour ne pas tomber dans de vieux errements manifestement fautifs, de renoncer à ce terme de plaque muqueuse et d'introduire pour les syphilides des muqueuses comme pour les cutanées une classification. « Je les diviserai donc, reprend-il, en quatre types : *érosifs*, *papulo-érosifs*, *papulo-hypertrophiques*, *ulcéreux.* » Ainsi se trouverait supprimée la question de savoir s'il s'agit ici d'une papule, d'une pustule, d'un tubercule, d'une érosion, à laquelle aucun syphiliographe n'avait pu donner, vu la complexité des lésions, une réponse convenable. « Tous les accidents qui se produisent sur les muqueuses à la période secondaire peuvent être ramenés à ces quatre types primordiaux. Ces types, cela va sans dire, sont susceptibles d'être altérés dans leur physionomie par des conditions diverses ; mais les modifications auxquelles ils sont exposés ne consti-

tuent que des variétés, et il n'en reste pas moins les formes élémentaires, essentielles auxquelles convergent et se rattachent toutes les lésions secondaires du tégument muqueux. » L'auteur s'efforce de répondre ensuite à une série de questions qui lui semblent d'une importance primordiale. Ainsi, quant à l'*époque d'apparition* de la plaque, on peut affirmer que tout en fait, l'aspect comme la chronologie, un accident secondaire. « Assez souvent ce serait la première manifestation visible de la vérole. Parfois même il y a transformation, comme l'a vu Ricord, d'un chancre en une plaque, ainsi que cela se voit quelquefois dans la zone génitale de la femme. Pendant les deux ou trois premières années du mal, les plaques sont à l'ordre du jour d'une façon permanente, si je puis ainsi parler. Ce sont les accidents qui se produisent et se répètent plus souvent chez les malades non traités; ce sont de même ceux auxquels les malades traités échappent le plus difficilement. Non seulement elles sont précoces, mais elles peuvent être très tardives [1]. Enfin il n'est pas rare que les syphilides muqueuses s'observent comme derniers accidents de la période secondaire, au terme ultime de celle-ci et *même au delà.* » Ces plaques seraient une des manifestations les plus contagieuses de la syphilis. Pendant longtemps, on a nié cependant ce pouvoir de transmission, parce que, chez le malade porteur, l'inoculation du pus de la plaque à une autre partie du corps échoue. Fournier, qui n'avait pas cru devoir suivre sur ce point l'opinion de son maître Ricord et avait adopté l'avis opposé de l'École lyonnaise, insiste sur la très

1. Ainsi que nous l'avons dit plus haut, Fournier, dans un travail récent, vient de prouver que la plaque muqueuse peut survenir en plein tertiarisme, tout en conservant sa virulence.

grande importance de ces propriétés contagionnantes ; car la plaque est en somme le mode de dissémination habituel de la syphilis ; et il rappelle en quelques mots les discussions d'antan. « Pendant longtemps, sur la foi d'hommes considérables dans la science, on a nié la contagion des syphilides muqueuses et des lésions secondaires en général. Le chancre, nous disait-on, est contagieux, lui seul peut transmettre la vérole. C'était là une erreur des plus graves. Pendant de longues années, la question a été agitée et résolue en divers sens. Elle est aujourd'hui définitivement jugée, car l'expérimentation s'est prononcée sur elle d'une façon à convaincre les plus incrédules. Et, en vérité, soit dit en passant, il n'était guère besoin de l'expérimentation pour démontrer ce que la clinique, depuis longtemps, ne laissait pas douteux. »

La description de la plaque est faite avec une fidélité, une clarté, une élégance tout à fait remarquables et elle constitue un tableau saisissant qui ne peut plus être oublié du lecteur. Notons que Fournier, médecin de l'hôpital de Lourcine, ce champ d'étude merveilleux pour les syphilides muqueuses, tire la plus grande partie de ses remarques de l'observation des parties génitales de la femme, où la plaque se présente avec une netteté qu'elle n'a pas toujours autre part. Nous avons eu déjà l'occasion de dire que c'est dans cet hospice qu'a été faite l'étude complète et attentive des syphilides muqueuses et qu'on a commencé à se rendre compte de leur diversité d'aspect. Les notions recueillies dans le domaine des muqueuses génitales ont été ensuite étendues à la gorge, où leur aspect n'est pas aussi favorable et se trouve fréquemment modifié par des causes irritatives

secondaires (aliments chauds, alcool, tabac). Le distingué syphiliographe n'a garde d'oublier la gorge parmi les sièges principaux du mal, bien que ses manifestations secondaires le cèdent en fréquence à la zone génitale de la femme. Il fait remarquer « qu'il est bien rare que dans le cours de la période secondaire, les malades n'aient pas à souffrir une ou plusieurs fois de la gorge et ces douleurs presqu'invariablement reconnaissent pour origine des syphilides muqueuses de l'arrière-gorge. » Les amygdales seraient la localisation la plus habituelle de la plaque muqueuse. « La région amygdalienne est le foyer par excellence des syphilides buccales ; elle constitue un véritable nid à syphilides. » Un examen attentif des tonsilles éclaircirait bien des diagnostics incertains. Du reste la forme érosive de la plaque serait ici de beaucoup, la plus fréquente : « absolument plates en général, quelquefois très légèrement papuleuses (papulo-érosives), petites, mesurant l'étendue d'une lentille ou d'une amande, rougeâtres, mais souvent aussi grises cendrées, ou blanchâtres, opalines, discrètes ou confluentes, et ceci parfois au point de recouvrir entièrement les amygdales et les piliers. » Il y a gêne plutôt que dysphagie, à moins qu'il n'y ait inflammation secondaire par le tabac ou l'alcool. Souvent le mal passe si inaperçu que l'affirmation par le médecin de leur existence provoque l'étonnement des malades. « C'est singulier, disent-ils, je ne sentais rien à la gorge, je ne crois pas y avoir mal. » Parfois cependant la réaction est plus marquée et prend une allure angineuse (angine secondaire des auteurs).

A côté de la plaque, il y a de véritables syphilides ulcéreuses, douloureuses, à couenne pultacée, plus ou moins étendues et rougeâtres ; « mais ce dernier ordre

d'accident est plus rare que la forme érosive. » Fournier montre que sur le voile, les piliers, la luette, la paroi postérieure du pharynx l'aspect n'est pas le même que sur les amygdales et il insiste sur les particularités locales.

Les accidents tertiaires sont dépeints avec soin, mais sans grands détails nouveaux. Signalons cependant ce fait que Fournier a décrit très minutieusement les désordres anatomiques dont le voile peut être atteint et qu'il en a donné une sorte de classification.

---

b) Déterminations pharyngées de la tuberculose

---

1) Tuberculose du pharynx

Moins fréquente[1] que la phtisie laryngée, celle du pharynx a par cela même longtemps échappé aux investigations des nosologistes et même des cliniciens. Vers 1870 seulement, la forme la plus apparente, la plus bruyante en quelque sorte de celle-ci, c'est-à-dire la tuberculose miliaire aiguë, esquissée déjà par Julliard, prendra, grâce à Isambert, sa place dans la pathologie gutturale. Les variétés chroniques (tuberculose des amygdales, tuberculose du voile) ne seront décrites que de nos jours. Elles n'ont pas à nous préocuper ici.

Ces ulcérations phymateuses du gosier ont été longtemps confondues dans une peinture commune avec celles

1. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point, même en tenant compte des cas latents invoqués par Dieulafoy. D'après Rosenberg, le larynx serait pris quarante fois plus souvent que le pharynx.

de la bouche ; mais elles ne coïncident pas toujours avec ces dernières, et la variété décrite par Isambert en diffère même par son évolution beaucoup plus rapide. Il est donc admissible de les étudier dans un chapitre à part.

Bien que l'historique, si on se borne aux notions authentiques, ne remonte pas au delà du XIX[e] siècle, on ne peut méconnaître cependant que des auteurs des périodes précédentes, parfois très anciens, ont noté, chez les phtisiques, des dysphagies persistantes et pénibles. Ainsi Hippocrate, pour ne citer que celui-ci pendant l'époque græco-romaine, a signalé chez les tuberculeux de l'île de Thasos un état douloureux de la gorge qui était manifestement rouge et enflammée. Mais les phénomènes observés du côté de la déglutition, pouvant être dus à des lésions de l'appareil phonateur, sont par cela même inutilisables.

Il en est tout autrement d'un passage intéressant de Morgagni (epistola XIX, 50 et epistola XXVIII, 12), qui a trouvé sur le cadavre d'un phtisique mort de consomption et d'étouffement et dont les poumons étaient très altérés, de nombreuses ulcérations pharyngées au voile, à la luette, aux choanes. La partie inférieure de l'organe était saine. Plusieurs de ces pertes de substance étaient en voie de cicatrisation.

Baumès n'a parlé que de la tuberculose buccale, Dugès, Bayle[1] et Frank que des aphtes qu'on rencontrerait souvent chez les tuberculeux, et qui seraient d'un mauvais pronostic.

1. Leur gorge, dit-il, se couvre parfois d'une infinité de petites plaques blanches et comme argentées. Au moment où ces petites plaques se détachent, elles laissent une place excoriée et douloureuse. J'ignore à quoi tiennent ces éruptions ; toutefois on ne peut pas les attribuer au contact de la matière muco-purulente, mais bien plutôt à une disposition générale.

Le célèbre anatomopathologiste Louis est un peu plus explicite, bien que les matériaux qu'il fournisse sur la question soient encore bien écourtés. Cet auteur, qui a fait une description si complète et si remarquable des lésions intestinales tuberculeuses, ne semble connaître rien de semblable du côté de la gorge. Des ulcérations bucco-pharyngées sont signalées chez certains sujets, mais d'une façon incidente et comme s'il s'agissait d'une occurrence tout à fait exceptionnelle. Il n'aurait, dit-il, rencontré des altérations bien marquées du pharynx que dans quatre cas sur cent vingt autopsies ; et il ajoute n'avoir jamais observé aucun symptôme qui pût leur être rapporté.

Grisolle, si attentif d'habitude aux particularités cliniques des différentes affections qu'il décrit, se borne à dire dans sa *Pathologie interne* (5e édition, t. II, p. 474), « que, dans la bouche et dans le pharynx, on trouve parfois une petite inflammation diphtérique avec érosion du corps muqueux ».

Valleix, encore moins explicite, se contente de signaler, d'après Louis probablement, l'existence exceptionnelle de petites ulcérations dans le pharynx et l'œsophage des phtisiques.

Ricord paraît avoir été plus clairvoyant. Sa spécialité l'amenait, plus que d'autres peut-être, à examiner des ulcérations bucco-pharyngées de toute nature, qu'il s'agissait de différencier d'avec la syphilis. Mais c'était surtout les localisations buccales de la tuberculose (langue, face muqueuse des lèvres et des joues) qui parurent le préoccuper. Ce sont de celles-ci exclusivement dont il est question dans la thèse de son élève Buzenet, qui en rapporte un bel exemple (Du chancre de la bouche et de

son diagnostic différentiel, Thèse de Paris, 1858). Cependant, Ricord avait poussé ses investigations aussi du côté du pharynx ; car il déclara à Julliard, dans une communication personnelle, « avoir depuis de longues années observé sur le voile du palais, les amygdales, le pharynx, la langue, ainsi que sur la face muqueuse des lèvres et des joues, des ulcérations considérées jusqu'alors comme de nature syphilitique ou cancéreuse, et dont la véritable cause, suivant lui, était la tuberculisation pulmonaire. » Ajoutons enfin que, pour M. Ricord, il y a analogie complète entre ces ulcérations tuberculeuses de la bouche et celles que les phtisiques présentent si communément dans les voies aériennes et dans le canal intestinal.

Si nous citons, pour être complet, ces quelques devanciers qui, sauf Ricord, avaient vu fort mal les faits qu'ils ont rapportés, ces constatations n'ôtent rien au mérite de Julliard. Celui-ci a été en réalité le premier historien de la tuberculose pharyngée. Il en fit le sujet, en 1865, de sa thèse inaugurale et en donna une description si remarquable et si parfaite, qu'en beaucoup de points elle n'a pas été dépassée. Malheureusement, il confondit dans une peinture commune les ulcérations de la bouche et celles de la gorge, bien qu'il insiste sur l'évolution plus rapide et la diffusion plus marquée de ces dernières. D'autre part, s'il trace un tableau saisissant de la symptomatologie, il ne croit pas à la spécificité tuberculeuse, mais seulement à l'origine diathésique des lésions [1]. Ces imperfections furent cause que le rôle important joué par

1. Au moment où il écrivait, beaucoup, sous l'influence de Virchow, admettaient que nombre de lésions dites tuberculeuses étaient purement inflammatoires.

Julliard a été parfois méconnu et qu'on a attribué à Isambert une priorité qui ne lui appartient pas. Du reste, il ne faut pas imputer à ce dernier, parce qu'il ne cite pas son devancier, un déni de justice voulu, prémédité. Il n'aimait guère les recherches bibliographiques. Il se crut donc très sincèrement le premier à avoir signalé dans le pharynx les ravages de la tuberculose.

Voici à quelle occasion Julliard eut l'idée de faire le travail qui a constitué une monographie des plus importantes sur le sujet. « Quant à nous, nous avons eu l'occasion d'observer, au commencement de cette année, dans les salles de M. Tardieu, notre maître, deux phtisiques présentant des ulcérations de la bouche. Fournier, qui suppléait en ce moment Tardieu, attira spécialement notre attention sur ces ulcérations[1], en nous faisant remarquer que nous avions précisément sous les yeux cette sorte d'affection ulcéreuse que Ricord distinguait avec soin de la syphilis et du cancer, et qu'il enseignait être de nature tuberculeuse. Ces prévisions se réalisèrent pleinement et la terminaison ayant été fatale dans les deux cas, nous avons pu vérifier à l'autopsie les altérations que nous avions constatées pendant la vie, et que nous avons fait représenter dans les deux planches à la fin de cette thèse.

« Il en a été de même pour une troisième malade observée dans le service d'Oulmont. Cette dernière, également phtisique, était aussi affectée d'ulcérations buccales, au premier abord considérées comme spécifiques, mais qui, selon nous, étaient sous la dépendance de la tuberculisation pulmonaire, comme celles qu'avaient présentées les deux malades précédents.

1. Voir au paragraphe Desnos les propres recherches de celui-ci.

« Ces trois faits, unis aux observations communiquées par Fournier et à une autre du Dr Leven, nous paraissent une récolte de documents suffisante pour servir de base à un travail qui a pour but de rappeler à l'attention des observateurs un sujet intéressant et peu connu ».

Comme on le voit, Julliard n'avait à sa disposition qu'un très petit nombre de faits cliniques. De là, ses hésitations, ses réticences et aussi ses lacunes.

Il décrit ainsi les *localisations anatomiques* des altérations morbides pharyngées.

« Les ulcérations dont nous parlons peuvent se développer sur toutes les parties de la membrane muqueuse de la bouche ; on les voit apparaître sur les amygdales, les parois postérieures et latérales du pharynx, sur la langue, les gencives, ainsi que la face muqueuse des lèvres et des joues; nous avons vu en outre que Morgagni et Bayle en avaient observé jusque dans les fosses nasales.

« Tantôt elles se développent sur l'une de ces parties seulement; tantôt, au contraire, on les rencontre dans plusieurs points à la fois, soient qu'elles aient apparu sur tous simultanément, soit que les différentes parties affectées aient été successivement envahies par l'extension de la maladie primitivement localisée en un seul endroit.

« Dans les observations que nous rapportons, nous voyons les ulcérations occuper la langue dans quatre cas, la gorge tout entière dans trois cas, et la face interne des joues une fois. Sur la langue, elles peuvent occuper l'extrémité antérieure de cet organe, soit un de ses bords, soit sa face inférieure, dans le voisinage du frein. Nous les avons vues siéger à la base de la langue, où elles

étaient en assez grand nombre, ne s'étendant pas au delà du V formé par les papilles nerveuses; elles s'étaient alors primitivement développées sur les amygdales, le voile du palais et le pharynx, pour s'étendre de là sur les parties voisines. Dans l'observation II, il y avait une ulcération en voie de développement sur la face supérieure de la langue, à un ou deux millimètres du bord gauche.

« Enfin, dans les trois premières observations, les ulcérations s'étaient développés sur l'isthme du gosier, sur les parois postérieures et latérales du pharynx, et venaient se confondre avec celles de l'épiglotte et du larynx, lesquelles étaient, du reste, beaucoup moins nombreuses et moins profondes.

« D'après ce que nous venons de dire, on voit que les ulcérations tuberculeuses de la bouche peuvent se développer sur tous les points de la membrane muqueuse buccale. Il ne nous est pas possible de dire, vu le nombre restreint des observations, que nous avons pu réunir, si elles affectionnent une partie de la cavité buccale plutôt que telle autre. Il paraîtrait cependant que le pharynx, l'isthme du gosier et la langue sont les organes le plus ordinairement affectés; après eux viendraient la face interne des lèvres et des joues, ainsi que les gencives, tandis que la muqueuse de la voûte palatine en serait exempte, ce qui pourrait bien tenir à la structure propre à cette partie de la membrane muqueuse buccale. »

La *multiplicité* des ulcères tuberculeux de la gorge ressort assez bien du passage suivant, où sont indiquées des différences avec la tuberculose buccale.

« Le nombre des ulcérations tuberculeuses de la bouche est infiniment variable, et souvent en raison inverse de leur étendue et de leur profondeur.

« Lorsqu'elles siègent sur le voile du palais, les amygdales et le pharynx, elles sont généralement nombreuses; mais lorsqu'elles se sont développées sur la langue, les lèvres ou les joues, par exemple, elles sont presque toujours solitaires et leurs dimensions ordinairement d'autant plus grandes.

« Quand les ulcérations siègent ailleurs qu'à la gorge, on n'en compte pas plus de deux à la fois et on ne les voit jamais pulluler sur la langue, les gencives, les lèvres, les joues, comme sur l'isthme du gosier et dans le pharynx. »

Uniques ou peu nombreuses à leur début, « elles peuvent se multiplier à l'infini au bout de quelques jours, de même que plusieurs solutions de continuité peuvent, en s'étendant, devenir confluentes. »

L'*aspect* des lésions est ainsi caractérisé : « Lorsque les altérations tuberculeuses sont solitaires, leur configuration est assez généralement nette et arrondie; mais lorsqu'elles sont nombreuses, elles ont une grande tendance à devenir confluentes, et affectent les formes les plus irrégulières et les plus bizarres. Dans les trois cas que nous avons observés, nous avons remarqué que la forme des ulcérations était d'autant plus nette que la profondeur en était plus grande, tandis qu'au contraire, lorsque les solutions de continuité étaient superficielles, leur configuration était plus capricieuse et leur aspect moins nettement accusé. »

« Quant à la *surface*, tantôt lisse et unie, elle est souvent inégale, mamelonnée et comme anfractueuse, présentant quelquefois des parties saillantes. Nous l'avons toujours vue couverte de débris de membrane muqueuse ou d'un liquide épais et gluant, mélange de salive et de

mucosités, formant dans quelques cas une couche assez considérable qui disparaît par le lavage. Cette abondante exsudation recouvre les ulcérations, adhère en quelque sorte à toutes les parties de la bouche, et devient bientôt une cause permanente d'angoisse pour les malades qui ne peuvent s'en débarrasser malgré les plus pénibles efforts.

« Tantôt la surface de l'ulcération présente une coloration rouge vif; tantôt, au contraire, elle est pâle, comme anémiée, le plus souvent grisâtre, comme celle des plaies détrempées par une humeur puriforme. Notons enfin que nous l'avons vue cyanosée, véritablement ecchymotique, d'un bleu foncé et laissant suinter le sang par la pression (Obs. II). La *coloration* est en outre loin d'être la même à toutes les périodes de l'existence des ulcérations.

Nous l'avons vue, d'un rouge vif qu'elle était au moment de l'apparition de l'ulcère, devenir grisâtre et blafarde à mesure que celui-ci vieillissait. Sur la malade chez laquelle nous avons observé cette couleur ecchymotique des ulcérations, les tissus environnants présentaient aussi cette même teinte; il s'était produit autour des parties ulcérées des pétéchies semblables à celles qu'on observe dans le purpura.

Les *limites* des ulcères tuberculeux du bucco-pharynx présenteraient les particularités suivantes : « Les bords des ulcérations peuvent affecter des dispositions très différentes, et se présenter sous des aspects qui varieront suivant la profondeur, l'étendue, l'ancienneté, le nombre des solutions de continuité, et la distance plus ou moins grande qui les sépare.

« Chez la malade de la première observation, les bords des ulcérations étaient très nettement accusés ; ceux des

ulcérations qui siégeaient sur l'amygdale droite étaient festonnés, taillés à pic et comme à l'emporte-pièce. Dans les solutions de continuité qui avaient leur siège sur le voile du palais, ils étaient saillants, formant une sorte de bourrelet, déchiquetés sur certains points, entamés eux-mêmes par le travail ulcératif, revenant en certains endroits sur la surface ulcérée qui, grâce à sa profondeur et à cette disposition, formait une véritable cavité. D'autres fois, au contraire, et la planche II nous présente surtout cette disposition, les bords sont aplatis, comme affaissés, presque de niveau avec la surface de la solution de continuité, de manière à être quelquefois difficilement appréciables. Ils présentent ce caractère, lorsque les ulcérations sont en grand nombre, plus ou moins rapprochées les unes des autres, ou récemment formées. Quand elles sont anciennes, peu nombreuses ou solitaires, elles sont alors généralement plus profondes, leurs bords plus saillants, ordinairement taillés à pic, et toujours nettement accusés.

« Le plus souvent les bords sont souples, rosés, formés par la muqueuse non altérée, disposition qui s'observe lorsque les ulcérations sont de formation récente. Dans celles qui sont vieilles au contraire, les bords sont plus ou moins durs, pâles, lardacés, constitués par une membrane qui a évidemment perdu ses caractères normaux, et qui est malade elle-même. Ici enfin ils sont pâles, blanchâtres ou jaunâtres ; là d'un rouge foncé, entourés d'une auréole livide qui s'étend à une distance variable ; d'autres fois ils sont violets, bleuâtres et présentent une coloration ecchymotique. »

L'auteur n'est pas moins circonstancié sur *la grandeur* de ces ulcères : « Différentes sous le rapport de leur éten-

due, les ulcérations tuberculeuses de la bouche ont quelquefois à peine le diamètre d'une tête d'épingle, tandis que d'autres fois elles occupent une surface très considérable. Du reste leur étendue est en raison inverse de leur nombre et généralement aussi de leur profondeur, n'ayant quelquefois à peine que 2 ou 3 millimètres, elles atteignent souvent 1 ou 2 centimètres de largeur. A la gorge, où elles sont ordinairement multiples, elles deviennent rapidement confluentes, et la surface de cette partie de la membrane muqueuse buccale ne présente qu'une seule et vaste ulcération où l'on ne distingue plus que çà et là quelques portions de tissu sain.

« Tantôt elles s'accroissent dans tous les sens à la fois, tantôt elles s'allongent, et sur une largeur d'une à deux lignes, présentent une longueur souvent considérable. Ajoutons encore que l'étendue de l'ulcération variera aussi suivant la période à laquelle on l'observera. Telle solution de continuité qui était au début assez petite pour être difficilement appréciable, pourra atteindre en quelques jours le diamètre d'une pièce de 50 centimes. »

La *profondeur* des lésions offrirait aussi de nombreuses variétés. « Lorsqu'elles sont de formation récente, elles sont superficielles ; mais, quand elles sont anciennes, on les voit se creuser de plus en plus, et atteindre quelquefois les proportions de véritables cavités. Dans une pièce, on voit de chaque côté de la base de la langue, près des piliers du voile du palais, deux cavités qui, à la mensuration, ont présenté une profondeur de plus d'un centimètre. Dans la même pièce la luette et l'épiglotte ont été érodées, déchiquetées par le travail ulcératif. Quant aux ulcérations du pharynx,

de la base de la langue et du voile du palais, les unes étaient tout à fait superficielles et à peine sensibles même, tandis que d'autres offraient une profondeur de plusieurs millimètres. Les mêmes variétés de profondeur se retrouvent dans les ulcérations de la langue, des lèvres, et des autres parties de la bouche ».

Julliard s'exprime de la façon suivante sur leur mode de *formation* et les phases diverses de leur évolution. « Comment ces ulcérations se développent-elles ? Et quels sont les changements et modifications qu'elles peuvent subir ?

« Ayant eu l'occasion d'assister à l'apparition et au développement des ulcérations de la malade qui fait l'objet de notre deuxième observation, nous allons essayer de les retracer ici.

« Au début, on voit apparaître des petits points jaunâtres, nettement limités, de la grosseur d'une tête d'épingle, dont la coloration tranche sur celle des parties environnantes ; ces petits points font légèrement saillie à la surface de la muqueuse, et, lorsqu'on les gratte avec une spatule, on enlève une mince pellicule, au-dessous de laquelle on trouve du pus et une excoriation tout à fait superficielle.

« Ces petits points [1] sont en outre nombreux, uniformément répandus sur le voile du palais et les amygdales. Au bout de quelques jours, les ulcérations apparaissent, et, à la place de chacune de ces taches, on remarque une solution de continuité arrondie, nettement limitée, rosée, brillante, et dont les dimensions correspondent exactement à celles des taches auxquelles elles ont suc-

1. Trélat, à propos de la tuberculose linguale, insistera beaucoup sur ces points jaunâtres dont sont piquetés les bords de l'ulcère.

cédé. Bientôt ces ulcérations se développent dans tous les sens, s'agrandissent, perdent la forme régulièrement circulaire qu'elles avaient, pour affecter celles infiniment variées et multiples que nous avons décrites plus haut. En même temps qu'elles augmentent en surface, les ulcérations se multiplient sur une plus grande étendue, et on les voit apparaître sur différents points du pharynx et de la muqueuse buccale. Bientôt elles se recouvrent d'une abondante couche d'un mucus filant et jaunâtre qui en voile l'aspect et obstrue la gorge des malades, en dépit des pénibles efforts qu'ils font pour s'en débarrasser.

« Une fois développées, ces ulcérations tendent le plus ordinairement à s'agrandir ou à rester stationnaire ; nous ne les avons pas vues rétrograder. Cette ténacité et cette tendance à un accroissement incessant sont un des caractères communs qu'elles partagent avec les ulcérations du larynx, de la trachée et du canal intestinal.

« Enfin après avoir gagné en surface, l'ulcération gagne en profondeur, érode, ronge les tissus sur lesquels elle repose, les détruit en partie ou en totalité et atteint de la sorte les dimensions que nous avons données plus haut.

« Sur la langue, le développement paraît être le même que sur le voile du palais, les amygdales et le pharynx. Nous n'avons pas, comme pour les ulcérations de la gorge, assisté à la formation de la solution de continuité ; mais il est permis de croire que, dans ces cas-là, l'affection débute par un bouton, devenant bientôt une pustule, laquelle se transforme en ulcération, affectant la même marche et passant par les mêmes phases que celles de la gorge ».

Les *parties voisines* ne seraient pas atteintes et le plus

souvent la muqueuse environnante conserverait sa teinte et son aspect normaux. Toutefois, elle serait souvent pâle et décolorée comme chez les phtisiques. Parfois, cependant, elle se montrerait épaissie, indurée et tapissée d'un détritus à apparence pseudo-membraneuse [1].

Tous les malades auraient présenté, en même temps que les lésions gutturales précisées, des signes avérés de tuberculose pulmonaire.

Les *symptômes* du mal débuteraient d'une façon lente et graduelle. « C'est le plus souvent, au début, une sensation de gêne dans la gorge, ou bien une sensation de chatouillement, de picotement, de chaleur et de sécheresse. Cette sensation, parfois bornée à un seul côté, le malade ne l'éprouve parfois que par intervalles, et elle augmente dans la déglutition des liquides et surtout des solides. » A ce moment, la muqueuse serait seulement plus ou moins rouge et rien n'indiquerait l'apparition prochaine des ulcérations. « Cette rougeur persiste pendant quelques jours ; alors on voit tout à coup apparaître sur les parties malades de petits points d'un jaune clair, arrondis, de la grosseur d'une tête d'épingle ; ce sont de petites pustules qui crèvent bientôt et se transforment en autant de petites ulcérations. En même temps le sentiment d'ardeur et de sécheresse, et la gêne dans la déglutition augmentent. Les ulcérations une fois formées se multiplient, se développent, gagnent en étendue et en profondeur. Les symptômes se caractérisent et l'engorgement ganglionnaire survient. Bientôt la gorge entière est envahie, la douleur locale augmente, elle devient plus fixe, plus constante, parfois très vive, piquante, lancinante, augmentant par la déglutition, la toux et l'expectoration. Le sentiment

1. L'anglais Glee reviendra sur ce point, en 1871.

d'ardeur et de cuisson est porté à l'extrême, de telle façon que les malades n'ont aucun repos, et en arrivent à être privés de sommeil. La déglutition ne se fait plus sans une douleur plus ou moins vive, proportionnée à la profondeur des ulcérations et à la sensibilité des parties qui en sont le siège. Le passage des solides, plus pénible que celui des liquides, devient même tellement douloureux que les maladent refusent tous les aliments dans la crainte de l'excessive sensibilité que réveille leur déglutition. En même temps survient une salivation des plus abondantes et des plus pénibles. Les pauvres malades font sans cesse des efforts d'expulsion, s'évertuent, mais en vain, à rejeter les mucosités visqueuses qui remplissent leur bouche. »

Ces pertes de substance iraient sans cesse en s'aggravant, et cette persistance, cette absence de modifications favorables constitueraient un des traits les plus significatifs de leur histoire, un des éléments les meilleurs du diagnostic.

La rapidité de *l'évolution* serait variable, et Julliard, influencé par ce qui se passe du côté de la langue, admet aussi pour le gosier une forme lente. Il regarde la guérison comme possible mais pense qu'elle doit être très rare, puisqu'il n'en a pas vu un seul exemple.

Le *diagnostic* est tracé avec soin et l'auteur insiste sur les deux points délicats, c'est-à-dire sur la différenciation avec la syphilis et avec le cancer.

La vérole, rappelle-t-il, à ses différentes périodes, détermine souvent, du côté de la gorge, des altérations importantes. Il dit quelque mots sur le chancre infectant, dont le siège altère tant soit peu l'aspect habituel. Cependant, la base indurée, un engorgement ganglionnaire bien plus pré-

coce et plus marqué que dans les cas de tuberculose, viendraient bientôt éclairer le clinicien.

A la période secondaire, la plaque muqueuse, quand elle est ulcérée et enflammée, pourrait provoquer quelques hésitations ; mais franchement grisâtre à contour net, elle ne serait pas entourée d'un hale rougeâtre ; son développement est moins rapide que celui de l'ulcère guttural des phtisiques ; il y aurait moins de réaction locale, moins de tendance à creuser et à s'étendre. Le mal prédominerait sur les amygdales. L'état des malades ne rappellerait nullement celui de la tuberculose pulmonaire. Voici ce qui a trait aux syphilides ulcéreuses secondaires : « Cette variété de syphilides se rencontre souvent, dans la bouche, sous la forme d'ulcérations plus ou moins larges, occupant soit la face muqueuse des lèvres et des joues, soit les piliers du voile du palais et les amygdales. Ces solutions de continuité, qu'on confond souvent avec des plaques muqueuses, s'en distinguent cependant par plusieurs caractères ; elles sont plus profondes, ne se bornant pas à découvrir le derme muqueux, elles l'entament, le pénètrent à une profondeur variable, leur fond est saignant, grisâtre, leurs bords irréguliers. En outre, le travail ulcératif débute d'emblée sur le tissu affecté, qui ne présente pas, comme pour les plaques muqueuses, une élevure préalable, sur laquelle se produit plus tard l'ulcération.

« Cette syphilide présente, comme on le voit, bien des caractères communs avec les ulcérations tuberculeuses, avec lesquelles il est facile de la confondre, d'autant plus que cette lésion est en général assez tardive, se montre par conséquent au moment où les autres manifestations de la vérole ont disparu, et qu'elle retentit beau-

coup moins que les plaques muqueuses sur le système ganglionnaire. Ici, les caractères objectifs de l'affection ne suffiront pas toujours à la différencier, et il faut chercher ailleurs les éléments du diagnostic. Il est vrai que, dans les ulcérations tuberculeuses de l'isthme du gosier, les symptômes et les désordres fonctionnels tels que sensation de chaleur, cuisson, gêne de la déglutition, etc., sont plus marqués que dans les affections spécifiques; mais cette particularité, non plus que l'engorgement ganglionnaire (qui est douloureux dans les ulcérations tuberculeuses, et indolent dans la vérole) ne peut fournir que des présomptions sur la nature de la lésion qu'on a sous les yeux.

« En pareille circonstance, il faut chercher si le malade ne présente pas actuellement, et n'a jamais présenté d'autre manifestation de la vérole. »

Les tumeurs gommeuses seraient assez faciles à distinguer, par leur début sous la forme d'une saillie arrondie, par leur insensibilité, leur indolence, par leur aspect arrondi, en caverne limitée par une sorte de coque qui subira à son tour l'élimination.

Le cancer profond se distinguerait facilement par ses masses dures, inégales, bosselées. Le cancer superficiel, très rare sur le voile et les amygdales, formerait une plaque dure, large comme une pièce de cinquante centimes au plus, ou simplement des fissures plus ou moins nombreuses et profondes. Il est très induré, saignant, à végétations mollasses et de teinte vineuse. D'autre part, il n'est pas multiple comme les végétations tuberculeuses de la gorge. Celles-ci ne présentent jamais le liquide propre au cancer. Elles surviennent d'ailleurs chez des tuberculeux avérés.

Le lupus guttural ne serait qu'une propagation, le plus souvent d'un lupus externe ; la réaction locale, l'aspect, l'évolution sont tout autres.

Lorsqu'une découverte est mûre, elle est presque toujours entrevue presque simultanément par un assez grand nombre d'observateurs travaillant souvent d'une façon complètement indépendante.

Ainsi, au moment même où Julliard entreprenait ses recherches, il nous faut signaler celles de B. Wagner chez un sujet atteint de tuberculose généralisée et qui avait présenté, du côté du voile et du pharynx, des altérations semblables à celles qu'avait constaté le distingué médecin genevois. Il s'agissait en effet d'ulcérations lenticulaires ou irrégulières par fusion, entourées de petits nodules grisâtres. On constata, grâce au microscope, l'existence de granulations tuberculeuses dont la fonte et l'élimination auraient été la cause des lésions mentionnées plus haut.

L'année suivante, c'est-à-dire en 1866, O. Weber consacrait un court chapitre de la Chirurgie de Pitha et Billroth à la tuberculose du pharynx. Tout en constatant la rareté de celle-ci, il déclare en avoir observé trois cas bien nets, sur lesquels il donne quelques renseignements sommaires.

En 1870, Wagner revint sur le sujet ; mais, égaré par ses recherches avec l'acide chromique qui lui avaient fait constater dans la masse morbide un réticulum délicat, il gâta une bonne description clinique et anatomique par l'appellation malheureuse et bizarre de lymphadenome tuberculeux, par laquelle il désigna les lésions observées.

Vers la même époque, Glee, en Angleterre, insistait

sur l'apparence pseudo-membraneuse que peuvent prendre chez les phtisiques certaines ulcérations pharyngées.

Il s'agissait d'un enfant de huit ans, souffrant depuis quinze jours de la gorge, quand il fut amené à l'hôpital comme atteint de diphtérie ; fièvre intense et cachexie rapide. Dysphagie excessive ; expuition muco-purulente abondante, ulcération générale de la muqueuse pharyngée. Engorgement considérable des ganglions sous-maxillaires.

« Mort huit jours après ; à l'autopsie, on constata une infiltration miliaire généralisée des deux poumons, du foie et de la rate. Depuis l'apophyse basilaire jusqu'au cartilage cricoïde, la muqueuse pharyngienne était entièrement détruite, les deux amygdales profondément excavées. Des ulcérations profondes situées au niveau des grandes ailes du cartilage thyroïde laissaient à nu le bord postérieur de ce cartilage. La membrane muqueuse de l'épiglotte, des replis ary-épiglottiques et de la face postérieure du cartilage cricoïde était rouge et boursouflée. Les cordes vocales étaient superficiellement exulcérées. »

Le cas suivant du même auteur est une tuberculose pulmonaire avec complication pharyngo-laryngée. La malade, âgée de trente ans, fut admise le 17 mars 1871 à l'hôpital Saint-Barthélemy, où elle mourut le 13 avril suivant.

« A l'autopsie, on trouva les deux poumons farcis de tubercules miliaires et creusés d'excavations à leurs sommets. La muqueuse pharyngienne, depuis le voile du palais jusqu'au cartilage cricoïde, était ulcérée, les replis glosso-épiglottiques étaient rongés, et l'épiglotte presque entièrement détruite. Le voile du palais, très

épaissi, n'était pas érodé. La membrane muqueuse du larynx était ulcérée jusqu'au-dessous des ventricules. »

Quelque fût l'intérêt des observations de Wagner, de Weber et de Glee, pas plus que la monographie si remarquable pourtant de Julliard, elles n'avaient secoué l'apathie du public.

C'est ISAMBERT, en réalité, qui éveilla l'attention par une communication retentissante, en 1872, à la *Société médicale des hôpitaux*. Dès lors, les cas se multiplient et la question sort de l'obscurité où elle avait été ensevelie si longtemps. Nous empruntons au mémoire de l'auteur, paru en 1877, les circonstances de sa découverte. « En 1871, suppléant le professeur Bouillaud, à la Charité, je rencontrai pour mes cliniques une femme qui me suggéra cette réflexion : « Voilà, dis-je à ma première inspection, un cas que la grande majorité des médecins n'hésiterait pas à classer parmi les syphilis pharyngolaryngiennes ; pour moi je crois qu'il s'agit d'une scrofule. » En effet, occupé à ce moment de mes recherches sur *l'angine scrofuleuse*, je rattachai d'abord ce cas à une scrofule, mais à une forme particulièrement maligne de cette diathèse. L'observation est reproduite *in extenso* (*Bull. et mémoires de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 2me sér., t. XIII, 1871, p. 107, obs. n° IV). Nous rappellerons seulement que la lésion spéciale de la gorge était caractérisée par la présence sur le voile du palais, la luette, les piliers et la paroi pharyngienne d'un nombre infini de granulations blanc grisâtre, semblables à des grains de semoule, mais adhérait parfaitement à la muqueuse, et produisait rapidement des ulcérations douloureuses. Nous signalons l'effet fâcheux chez cette malade du traitement hydrargyrique, donné pendant quelques jours,

à l'instigation d'un de mes collègues, ancien chef de service de l'hôpital Saint-Louis, lequel avait cru reconnaître une lésion syphilitique, tandis que la cessation de ce traitement spécifique et l'usage des médicaments toniques avaient amené une amélioration notable. » Isambert ne vit pas de prime abord à quoi il avait affaire ; il pensa, comme nous l'avons dit plus haut, qu'il s'agissait d'un de ces cas d'angines scrofuleuses qu'il était en train d'étudier et qui aurait eu ici une forme particulière.

« Cette observation prise avec soin est une aquarelle représentant assez exactement la lésion pharyngienne. Elle nous avait laissé une impression assez vive pour nous permettre de reconnaître à première vue la même maladie chez un malade que nous reçûmes peu après à l'hôpital Saint-Antoine. » Ici encore il s'agissait d'une phtisie pulmonaire à marche rapide, compliquée de lésions tuberculeuses gutturales. Sur le pharynx existait une véritable éruption de granulations grises, qui, d'abord acuminées et ponctiformes, ne tardèrent pas à s'ulcérer et à donner lieu à des pertes de substances très douloureuses. Cette fois-ci, la lumière se fit dans l'esprit d'Isambert, qui cessa de parler de la scrofule pour invoquer la tuberculose. Il désigna la nouvelle affection du gosier sous le nom de granulie aiguë du pharynx, insista sur la dysphagie, qui, tout autant que les lésions pulmonaires, épuise les sujets et précipite la marche. Il prédit que le malade n'irait pas loin, et en effet peu après, le patient succombait. Le pharynx fut étudié avec soin par Troisier, sous la direction de Vulpian, et l'examen histologique démontra qu'il existait indubitablement des tubercules subissant rapidement la transformation caséeuse, comme cela a lieu dans la phtisie galopante.

Ces faits, ainsi que nous l'avons dit plus haut, eurent un grand retentissement et, comme c'est l'habitude en pareil cas, les faits analogues semblèrent se multiplier. Parmi ces communications diverses, celle de Bucquoy tient une place importante, par son intérêt et aussi parce qu'elle suit de peu celle d'Isambert.

Il s'agissait d'un malade âgé de cinquante et un ans, entré le 6 avril 1872, à l'hôpital Cochin, salle Saint-Jean. Bonne constitution. Pas d'antécédents personnels ou héréditaires. Au moment de la guerre, il contracte une bronchite, puis peu après une pleurésie. Depuis, étouffements, toux, amaigrissement, quelque temps après ulcération gingivale de la grosseur d'une pièce de deux francs, qui peu à peu tendit à gagner la lèvre supérieure. « On observe sur la plus grande partie de l'étendue de la face antérieure du voile, principalement du côté gauche, sur toute la surface de la luette et même sur une partie de la muqueuse palatine, une grande quantité de points et de taches blanches, les unes isolées, les autres plus ou moins groupées en petites masses et confluentes, rappelant assez par leur aspect le muguet. Mais la muqueuse elle-même présente des altérations notables. Plutôt grisâtre qu'offrant de la rougeur inflammatoire, sa surface est irrégulière, granuleuse, mamelonnée par place, et un examen attentif y fait reconnaître facilement de nombreuses ulcérations. Sur les points isolés, elles sont elles-mêmes discrètes et assez semblables à celles que laisse la vésicule herpétique, mais, dans les parties où elles sont confluentes, les ulcérations sont beaucoup plus étendues et plus profondes et font de rapides progrès. On rencontre surtout ces dernières à la base de la luette et sur les bords du voile, surtout à gauche. La surface est très

régulière et comme parsemée de petites granulations. » Rien au larynx. Tuberculose pulmonaire manifeste. Cachexie avancée (sueurs, crachats abondants, étouffements, fièvre). Terminaison fatale le 20 avril. Le malade avait été montré auparavant à la Société des hôpitaux par Bucquoy, qui avait insisté sur les troubles de la déglutition la sensation d'ardeur continuelle dans la gorge, le caractère spécial des ulcérations et les analogies nombreuses qui existent entre cette véritable angine tuberculeuse et la phtisie laryngée.

Isambert fit remarquer que ce cas rentrait bien dans ceux dont il avait entretenu la Société le 9 août, le 25 octobre et le 17 novembre 1872 et qu'il avait proposé d'appeler granulie pharyngo-laryngée. Dans cette affection, qui serait en quelque sorte la variété aiguë de l'affection appelée phtisie laryngée, le larynx, contrairement à ce qui a lieu d'habitude, ne se prendrait qu'en dernier lieu. La mort serait le fait de la tuberculose pulmonaire concomitante, mais surtout de l'inanition résultant d'une dysphagie très douloureuse.

A ce propos Hayem dit qu'il avait eu l'occasion « d'observer également cette éruption tuberculeuse du pharynx, du voile du palais et de la luette ; cette éruption se composait de granulations grises ou jaunes, entourées d'un liseré rougeâtre, ainsi que cela se voit dans les poumons atteints de phtisie aiguë. J'ai vu se produire un ramollissement avec ulcération à la suite de cette éruption granuleuse. »

A la séance du 20 avril, Bucquoy présenta les pièces anatomiques examinées par Hanot, alors son interne. A l'autopsie, on constata l'existence d'une pneumonie caséeuse avec granulations grises bien nettes sur les feuillets de la plèvre.

L'attention se porta surtout, bien entendu, sur les lésions pharyngées. « Cinquante coupes ont été faites colorées à la teinture ammoniacale au carmin, puis montées dans la glycérine. Cinq seulement ont présenté des granulations tuberculeuses typiques ». L'épithélium avait disparu et les couches superficielles du chorion étaient comme farcies de cellules embryonnaires, surtout abondantes autour des vaisseaux. Les mêmes amas de cellules embryonnaires s'observaient autour des glandules ; « les granulations typiques observées siègent dans la partie des tissus sous-muqueux immédiatement placés sous le chorion ». Il y avait des amas assez semblables de cellules embryonnaires avec dégénérescence caséeuse centrale dans le chorion ; mais leur structure n'était pas assez reconnaissable pour pouvoir rien affirmer.

Bucquoy, après avoir mentionné les particularités précédentes, communiqua une observation assez semblable, à laquelle il avait fait également allusion dans la séance précédente.

« D..., 34 ans, sommelier, entre le 28 février à l'hôpital Cochin, salle Saint-Jean, n° 20. Constitution assez faible, mais jamais de maladie sérieuse. Rien à noter dans les antécédents héréditaires, pas de syphilis, ni d'excès habituels.

« D... commença à tousser dans le courant de l'année dernière, puis, peu à peu, ses forces se perdirent et bientôt il maigrit. La toux augmente ; pas d'hémoptysies, mais expectoration abondante. Il s'essouffle rapidement. A son entrée, aspect profondément cachectique, maigreur extrême, pas d'appétit ; oppression, toux, expectoration abondante, crachats nummulaires. Un peu de

fièvre le soir ; matité aux sommets, tant en arrière qu'à gauche, avec retentissement de la voix, respiration soufflante, expiration prolongée, craquements humides.

« Le 2 mars, ce malade se plaint d'éprouver de la difficulté à avaler et d'une sensation de cuisson dans la gorge. La voix n'est pas altérée.

« A l'inspection du fond de la gorge, on remarque, sur la voûte droite du voile du palais, de petites saillies grisâtres, arrondies, du volume d'un grain de millet, reposant sur une muqueuse à peine enflammée. Le nombre de ces granulations augmente beaucoup les jours suivants et un certain nombre de celles-ci se groupent au sommet de l'amygdale droite, ainsi que dans la fossette qui la surmonte, où la tuméfaction est beaucoup plus marquée que dans les parties voisines.

« Par places, plaques grisâtres peu saillantes, du volume et de l'étendue d'une lentille, qui semblent résulter de la réunion de petites masses précédentes.

« Le 9 mars, on constate que quelques-unes de ces plaques, plus épaisses encore, présentent des ulcérations couvertes d'une matière pultacée grisâtre, et sont déchiquetées sur leurs bords. Quand l'ulcère a été détergé, on voit aussi, sur le bord des plaques, de petites saillies grises, assez transparentes.

« Aucune altération dans le reste de la bouche, ni au fond du pharynx. La déglutition est possible.

« Le 22 mars, les ulcérations sont plus étendues et plus profondes. Des granulations grises, très évidentes et presque confluentes, se remarquent autour de quelques-unes des ulcérations. »

Quelques jours après, le malade, mécontent de la nourriture, demandait son exeat et quittait l'hôpital.

L'observation de Martineau est un cas de tuberculose pulmonaire avec lésions, de même nature, pharyngées et anales.

« Un homme, dit-il, atteint, depuis l'année dernière, d'une tuberculose pulmonaire qui est aujourd'hui arrivée au deuxième degré, présente une angine tuberculeuse caractérisée par une rougeur diffuse du voile du palais et des piliers, et par l'existence d'une ulcération grisâtre sur la face antérieure du pilier postérieur, près de la base de la luette; cette exulcération est régulière, ovale, en coup d'ongle. La déglutition n'est pas douloureuse.

« Il existe une ulcération du bord de l'anus et de la fesse gauche, datant de six semaines et offrant tous les caractères des ulcérations tuberculeuses. »

La communication de Vulpian, parue dans l'*Union médicale*, en 1873, est une affirmation bien nette également de la nature tuberculeuse des lésions pharyngées, dont il avait vu un cas assez typique, indépendamment de celui d'Isambert, dont son interne, Troisier, avait fait l'examen histologique.

A ce point de vue, nous croyons devoir mentionner l'article que Cornil fit paraître sur la question en 1875.

Rappelant les recherches de Trélat et celles de Monnot, il conclut à l'identité entre le tubercule de la gorge et celui de la langue [1].

Les ulcérations seraient précédées de la formation de granulations tuberculeuses superficielles, saillantes, de couleur grise ou jaunâtre, situées dans la muqueuse, généralement confluentes et groupées en plaques à contours sinueux. La muqueuse qui les recouvre est bientôt

1. En 1870, Cornil avait publié sur ce dernier point un travail important.

érodée et ulcérée à leur niveau. Les plaques tuberculeuses différeraient des plaques syphilitiques en ce qu'elles sont d'un gris sale, blafard, et n'ont point un pourtour rouge comme les lésions syphilitiques. Un autre signe différentiel serait l'existence à leur superficie de nombreuses éminences mamelonnées, de couleur jaunâtre. Ces nodules incisés ne laisseraient presque rien échapper; ils paraîtraient formés par des tubercules à l'état caséeux.

Cornil note la marche très rapide de la maladie dans les cas observés, bien qu'elle ait été plus lente, dit-il, dans le fait clinique communiqué par Bucquoy et que nous rapportons plus haut. Il en cite lui-même un nouvel exemple, qu'il eut l'occasion d'observer en juillet 1874, et qui était la reproduction très fidèle des particularités rapportées par Isambert. « Le garçon qui souffrait depuis une année environ de signes très manifestes de phlegme pulmonaire n'avait cependant pas interrompu son travail. Depuis un mois environ, il souffrait beaucoup de la gorge, et il avait maigri en raison de la difficulté qu'il avait à manger. L'examen de la gorge fit voir une ulcération à bords irréguliers, festonnés, grise, avec des points jaunâtres, saillants sur la partie ulcérée, d'aspect blafard, et sur les bords de laquelle il y avait des granulations. L'une d'elles, plus saillante, était bien isolée et en voie d'ulcération à son sommet. Cette plaque, ulcérée, allongée de bas en haut, siégeait sur le pilier antérieur du voile du côté droit. Il y avait une ulcération de même nature, mais moins avancée, sur l'amygdale du même côté. Je n'hésitai pas à porter le diagnostic d'ulcération tuberculeuse, car la perte de substance et les granulations périphériques ressemblaient exactement à la forme d'ulcération, bien connue aujourd'hui, de la langue.

« L'examen de la poitrine montra des lésions très avancées des deux sommets.

« Traitement général et toucher de l'ulcération du pharynx avec le nitrate d'argent.

« Le malade mourut pendant le mois de septembre.

« *Anatomie pathologique.* — L'anatomie pathologique de ces ulcérations tuberculeuses permet d'affirmer bien nettement leur nature. On y trouve, en effet, d'après l'examen de MM. Troisier et Hanot, des granulations tuberculeuses très caractéristiques qui siègent très profondément dans le tissu conjonctif sous-muqueux. Le chorion muqueux, au niveau de l'ulcération, manque ou bien il est infiltré de tissu cellulaire en dégénérescence caséeuse. La lésion peut être assimilée, de tout point, aux ulcères tuberculeux de la langue, dans lesquels les granulations tuberculeuses les mieux définies siègent profondément dans le tissu conjonctif interposé aux fibres musculaires de la langue.

« J'ai eu l'occasion d'examiner au microscope, au commencement de l'année 1874, le voile du palais d'un malade du service de M. Bernutz, à la Charité. Le voile du palais était très épais et ulcéré. M. Bernutz avait porté le diagnostic d'ulcère tuberculeux. Le malade étant mort par suite des progrès de son affection pulmonaire, nous fîmes, M. Renaut et moi, l'examen anatomique du voile du palais altéré. L'épaississement était dû surtout à la formation de tissu embryonnaire au fond et au bord de l'ulcération et à une hypertrophie des glandes de la région.

« Les cellules épithéliales de quelques-unes de ces glandes étaient infiltrées de granulations graisseuses. Nous trouvâmes aussi sur le bord de l'ulcération des

amas de cellules rondes ayant la forme et les caractères des granulations tuberculeuses. »

D'après l'ensemble de ces faits, on doit nécessairement admettre, dit-il, les idées d'Isambert[1].

Ce dernier, continuant activement ses recherches sur le sujet, fit paraître, à peu d'intervalle, deux mémoires sur la tuberculose pharyngée.

Rappelant ses propres travaux et ceux de ses émules, qui suivirent immédiatement sa célèbre communication à propos du malade de Saint-Antoine, dont les lésions furent étudiées plus tard histologiquement par Troisier et Vulpian, il montre qu'anatomiquement et cliniquement il existe les plus grandes analogies entre ces altérations morbides de la gorge et la granulie aiguë du poumon, si bien étudiée par Empis. En effet, au point de vue anatomique, « la maladie est caractérisée au début par le dépôt sur la gorge ou plutôt dans les mailles même de la muqueuse pharyngo-laryngée d'un semis très abondant de granulations grises, demi-transparentes, analogues à des grains de semoule, à des œufs de poisson ou au dépôt de fibrine grumeleux que l'on observe à la surface de l'intestin dans les cas de péritonite récente ou, pour ne pas sortir de la gorge, dans les angines pultacées ». Mais, contrairement aux points blancs de cette pharyngite, ces taches adhéreraient très fortement à la muqueuse ; généralement confluentes, elles se grouperaient en plaques plus ou moins nombreuses,

1. Nous avons cru devoir, pour Isambert, comme pour Fränkel, reculer les limites chronologiques que nous nous étions tracées précédemment, parce que les recherches de ces deux auteurs remontent en réalité aux dernières années de la période que nous étudions et que la publication seule de celles-ci a été tardive. D'ailleurs, comme on le voit, cette dérogation à la règle habituelle n'a lieu que pour un espace de temps très court.

d'un contour sinueux, à surface chagrinée, ou bien gauffrée et mamelonnée. « Quand le groupe n'est pas très abondant et que les granulations sont superficielles et peuvent s'énucléer facilement, la surface paraît érodée comme à la rape et rappelle, à s'y méprendre, les érosions tuberculeuses de la langue ». En somme, l'aspect serait celui décrit sur cet organe par Trélat. Le malade observé par l'auteur en 1874 à Lariboisière et celui de Martineau en étaient de bons exemples. Plus abondantes, les granulations donneraient des surfaces mamelonnées, saillantes, grisâtres, ainsi qu'il a été dit plus haut, mais il n'y aurait pas d'auréoles inflammatoires précises. Comme dans les plaques muqueuses syphilitiques, la teinte serait ici également plus sale, plus blafarde et l'apparence plus granulée aussi. Cette description serait surtout valable pour la *face antérieure du voile* du palais et le *pilier antérieur*. Sur les bords staphylins, on trouve surtout des érosions, et, sur la luette, des bosselures multiples, « qui lui donnent l'aspect de boules recouvertes de clous à tête saillante, que l'on emploie aux jeux ». Parfois même, la luette (observation de Bucquoy) prendrait l'aspect bizarre d'une stalactite. Il en serait assez souvent de même du pilier postérieur. Les lésions des amygdales se rencontreraient, mais moins souvent. La muqueuse du voisinage ne paraîtrait nullement enflammée. Sur la paroi postérieure du pharynx, on observerait parfois « un ou plusieurs nodules acuminés, plus volumineux, présentant l'aspect de petits furoncles à maturité, sauf la zone inflammatoire qui est presque molle à la base. Ils sont durs au toucher; leur volume varie depuis celui d'un petit pois jusqu'à celui d'un grain de maïs. Lorsqu'on les incise, ils ne laissent presque rien échap-

per. Ils sont probablement constitués par du tubercule[1] à l'état caséeux ». A mesure que la maladie dure et s'accentue, les granulations grises se multiplient ; elles augmentent de volume, mais sans dépasser celui d'un grain de chénevis, sauf pour les nodules caséeux indiqués plus haut. « En même temps, elles perdent leur transparence, deviennent de plus en plus saignantes et douloureuses, et s'entourent de produits pultacés et purulents[2] ».

Le processus en se continuant « semble énucléer un certain nombre de granulations qui laissent après elles une alvéole vide ou une perte de substance plus ou moins profonde ».

En fait de *symptômes*, ce sont ceux de la douleur localisée, sentiment de cuisson dans la gorge, difficulté d'avaler qui seraient les premiers à noter (les trois observations d'Isambert et les deux de Bucquoy) ; puis la dysphagie va toujours en augmentant, les ulcérations se multiplient et la gorge finit, quand le mal dure longtemps, par ne présenter plus qu'une surface saignante et suppurante. La déglutition serait très gênée. « Tout aliment solide est rejeté, les liquides mêmes causent des douleurs intolérables ; le malade meurt de faim et tombe dans le désespoir ». Des troubles auriculaires pourraient survenir. « La surdité s'est montrée dans le cours de la maladie chez notre second malade ». Quant aux altérations pulmonaires, le plus souvent bien accusées, elles aideraient beaucoup au diagnostic. Cependant, chez deux de ses malades, les phénomènes stéthoscopiques firent assez longtemps défaut. Chez les patients de Bucquoy et de Martineau, les lésions tuberculeuses étaient au contraire des plus

1. Julliard admettait que c'étaient des pustules.
2. Glee a insisté sur ces dépôts fibrineux et leur confusion avec la diphtérie.

nettes et avaient précédé de plusieurs mois l'apparition des lésions pharyngées. Les anamnestiques de la strume se retrouveraient fréquemmennt. « Notons la coïncidence d'antécédents scrofuleux chez notre première malade et d'engorgements ganglionnaires qui ont suppuré chez notre second malade ». Cette coïncidence démontrerait « l'étroite parenté qui unit les deux diathèses : scrofule et tuberculose ». C'était l'opinion de Bazin.

L'évolution des altérations morbides justifierait amplement le terme inventé par Isambert de tuberculose miliaire aiguë du pharynx. La marche rapide, dans les trois cas dont nous avons l'observation complète, l'aurait été aussi dans le cas de Vulpian. « Notre premier malade avait succombé en deux mois, le second en six mois, celui de Bucquoy a duré plus longtemps, mais pas plus d'un mois après la constatation des lésions caractéristiques de la gorge. Les malades sont morts de comsomption pulmonaire et d'inanition résultant de la dysphagie. »

L'auteur cite ensuite le résultat histologique des investigations de Troisier et de Hanot qui mettent au-dessus de toute contestation la nature tuberculeuse des lésions et leur aspect granulique ; mais la disposition ordinaire du tuberculome n'aurait été rencontrée que rarement. « Cinq seulement sur cinquante coupes ont présenté des granulations tuberculeuses types, autour des petits vaisseaux atteints d'endartérite ». Le larynx ne serait atteint que secondairement et d'une façon relativement peu importante contrairement à ce qui s'observe dans la phtisie pulmonaire.

Vers la même époque où Isambert fait paraître ses deux célèbres mémoires, B. Fränkel publiait dans le *Berliner klinische Wochenschrift*, en 1876, le résultat d'importantes investigations sur le même sujet.

Il avait eu l'occasion d'observer trois cas de tuberculose miliaire du pharynx, dont il donne une relation assez détaillée au commencement de son mémoire. Ils ressemblent tout à fait à ceux mentionnés à la même période par les médecins français ; aussi croyons-nous inutile d'insister ; ses conclusious sont les suivantes.

La plupart, dit-il, des malades étaient des sujets jeunes ou du moins dans la force de l'âge. Seul, Isambert aurait eu un exemple de l'affection chez un sujet de quatre ans.

On ne trouverait ni dans leur professiou, ni dans leurs habitudes, ni dans leur façon de vivre, la cause d'une localisation particulière dans le pharynx.

Après avoir insisté sur l'apparence caractéristique de ces ulcérations tuberculeuses, entourées d'un halo, et présentant des points jaunes qui ne sont que des tubercules caséeux en voie de désintégration, sur la dysphagie qui est atroce, sur l'évolution rapide, il donne une relation des circonstances de ses investigations histologiques, après avoir mis en relief ce fait fondamental que les malades étaient tous des tuberculeux avérés et souvent avancés. Mais parfois aussi la phtisie pulmonaire serait plus lente et les manifestations pharyngées paraissent être les premières à attirer l'attention. Quoi qu'il en soit, jusqu'ici, dit-il, on a toujours rencontré une tuberculose miliaire sinon généralisée, au moins extrêmement étendue. Les poumons, le foie, la rate, les reins, la plèvre, le mésentère, etc., la choroïde elle-même renfermaient des granulations grises ou jaunes. Outre les ulcères du pharynx, il en existait sur les lèvres, la langue, dans le larynx, l'intestin et même l'orifice anal.

Les ulcérations pharyngées auraient le caractère nettement tuberculeux. Elles sont véritablement lenticulaires.

S'étendant davantage en surface qu'en profondeur, elles ont un fond caséeux ou lardacé, plus rarement et seulement partiellement granuleux. Leurs bords sont irréguliers, rongés, lardacés ou caséeux sur divers points, ou circonscrits par une auréole inflammatoire peu considérable. Dans le voisinage, on trouve, ordinairement en petit nombre, des granulations grises isolées; lorsque ces dernières sont confluentes, elles forment à l'œil nu une infiltration grisâtre, lardacée, miroitant à travers les couches superficielles de l'épithélium demeurées intactes.

Au microscope, le fond des ulcères se trouverait constitué par une infiltration compacte de cellules rondes qui pénètrent profondément dans le tissu sous-muqueux jusqu'entre les muscles. Ces derniers sont troubles et leur striation transversale est moins distincte.

Les cellules rondes suivaient dans les glandes le tissu conjonctif, en respectant les cellules ganglionnaires proprement dites, qui subissent la dégénérescence graisseuse. Elles ont une grande tendance à devenir caséeuses.

Les granulations grises isolées sembleraient rares et difficiles à apercevoir sur les coupes microscopiques. Cependant Fränkel en a constaté nettement l'existence.

---

2) Lupus de la gorge

Comme la tuberculose de la gorge, le lupus[1] du pharynx n'est pas de connaissance bien ancienne, et le peu de

1. Le terme de lupus était étendu par les anciens aux lésions rongeantes et destructives qui dévorent en quelque sorte les tissus avec l'avidité du loup. Ce mot, tombé pendant quelque temps en désu-

notions que nous ont transmises les auteurs sur ce sujet, dans les deux premiers tiers du xixe siècle, ont-elles plutôt trait à la forme propagée qu'à la variété primitive.

Travers en 1829 (*Médico-chirurgical Transactions*, t. V) dit que parfois le mal gagne le gosier. Il s'agirait de sujets jeunes et de constitution scrofuleuse.

Arnal, en 1832, signala un peu plus nettement cette affection dans un passage où il traite de l'uranoplastie. « La maladie scrofuleuse se fixe quelquefois sur la voûte palatine et y produit des effets semblables à ceux du vice vénérien. Le plus souvent même ces effets sont plus graves que ceux de ce dernier, et le désordre est à jamais irréparable. Le mal dans quelques circonstances procède de haut en bas, c'est-à-dire qu'il débute par la pituitaire et la détruit en peu de temps. Parfois l'os lui sert de barrière, et il ne va pas outre ; mais le plus souvent la barrière est franchie et la muqueuse palatine, elle-même, est attaquée. Le résultat est une perforation, en tout,

tude, fut réintroduit dans la nomenclature médicale par Paracelse et ses adeptes. Willan, Bateman, Plumbe s'en servirent pour désigner certaines ulcérations chroniques non cancéreuses de la peau. Cazenave en étendit le sens, en désignant aussi par ce mot certaines variétés malignes d'érythème. Comme Biett, son maître, il admit trois espèces de lupus, celui qui détruit en surface, celui qui détruit en profondeur et enfin le lupus avec hypertrophie. La première débuterait soit par des tubercules, soit par la rougeur foncée signalée plus haut. La seconde qui pourrait être très localisée (tuberculoses locales subaiguës ou lentes ?) aurait une allure térébrante et perforative très caractéristique. La troisième comprendrait le lupus tuberculeux de Bazin et le lupus hypertrophique. En général, on attribuait le mal à la scrofule (voir angine scrofuleuse pour les détails historiques sur cette diathèse) ; mais Cazenave, considérant que ce mot désignait une maladie des glandes lymphatiques du cou et rien de plus, fit des lésions destructives cutanées ou autres attribuées à cette cause le résultat de la cachexie syphilitique héréditaire. Cette opinion eut d'abord quelque succès ; mais elle dut céder en France devant l'influence prépondérante des opinions adverses de l'école de Bazin. En Autriche, à Vienne, elle eut un meilleur avenir, ainsi qu'en témoigne la discussion de 1871.

pareille aux perforations syphilitiques. Le lupus peut exister sans qu'il y ait la plus légère trace de scrofule.

Ces *tuberculoses palatines* à forme lente, c'est-à-dire lupiques, sont invoquées aussi par Devergie (voir l'article Syphilis de cet ouvrage [1]) pour montrer que les lésions buccales de la vérole n'ont rien de spécifique.

Alibert dit que le lupus de la face peut se propager aux cavités voisines. Cazenave fait la même observation et admet même un *lupus guttural* ou *nasal primitif*. Rayer reconnaît formellement que la destruction peut s'étendre à la muqueuse pituitaire, parcourir les fosses nasales et même se replier sur la muqueuse de la voûte palatine jusqu'aux gencives qu'elles sillonnent profondément.

En 1842, Tardieu consigna dans sa thèse une observation de lupus interne fort intéressante.

« Il s'agit d'une jeune fille de quinze ans, qui a succombé à une phtisie bronchique le 15 juin 1842, après avoir présenté des signes de scrofule et une altération de la voix datant de trois ans.

« Les fosses nasales offraient des lésions extrêmement profondes qui n'avaient pu être aperçues pendant la vie. La portion postérieure et inférieure de la cloison est entièrement détruite, ainsi que la partie la plus reculée de la voûte palatine et du voile du palais. En avant le cartilage de la cloison existe et se termine en arrière par un bord sinueux et irrégulier. La muqueuse qui en recouvre les deux faces est pâle, sans changement de

1. Rappelons qu'en Allemagne, Dieffenbach connaissait aussi les perforations du voile et de la voûte palatine d'origine scrofuleuse (citation d'Hermann Paul traduit par Verneuil). Il croyait qu'un certain nombre de rétrécissements du pharynx étaient dus à des adhérences cicatricielles strumeuses du voile avec les parois de cette cavité.

couleur, de consistance ni d'épaisseur. Les deux cavités nasales à droite et à gauche présentent exactement les mêmes altérations, et à voir la ressemblance extrême qu'il y a entre elles, on pourrait croire que l'état actuel est normal. Des deux côtés on est frappé, d'abord, de l'absence complète des deux cornets, moyen et inférieur. Cette disposition fait paraître beaucoup plus large la cavité même des fosses nasales. On voit sur la paroi interne une large ouverture béante, irrégulière, qui n'est autre que l'antre d'Hygmore, dont l'orifice est singulièrement agrandi et s'ouvre directement dans la fosse nasale correspondante. Le méat moyen n'est indiqué que par un enfoncement, qui forme comme le vestibule du sinus maxillaire. Le bord inférieur de cette ouverture est comme arrondi, lisse et très régulier à droite ; à gauche il est tranchant et formé par une crête osseuse nécrosée appartenant au maxillaire supérieur. Au-dessous on voit simplement une surface concave régulière, qui se continue sans démarcation avec le plancher des fosses nasales ; il n'y a pas la moindre trace du cornet supérieur. Le bord supérieur de l'orifice du sinus maxillaire est tronqué, très sinueux et se confond avec le méat supérieur. On voit, des deux côtés, mais surtout à gauche, de petits fragments d'os nécrosés faiblement adhérents, qui sont les seuls débris du cornet moyen. Le supérieur est seul conservé, presque intact, présentant quelques érosions du bord inférieur. La membrane muqueuse est actuellement, en apparence, saine dans toute l'étendue des fosses nasales. Seulement, tout à fait à la voûte, dans la partie de la cloison qui répond à la face interne du cornet supérieur, elle est rouge, fortement injectée, et présente à droite deux points blancs plus épais et régulièrement

saillants, d'où l'on peut énucléer une matière qui paraît analogue aux tubercules. Autour de l'ouverture d'Hygmore, la membrane muqueuse, surtout en avant et en bas, est amincie et formée par un tissu cellulo-fibreux, ce qui ne peut laisser de doute sur les lésions qu'elle a dû présenter à une époque antérieure. Nulle part on ne trouve d'ulcérations véritables, ni d'echymoses, ni de bourrelet saillant autour de l'ouverture du sinus, seulement une destruction complète de la partie osseuse et membraneuse du cornet.

« *Cavité buccale et pharyngienne.* — La partie antérieure de la voûte palatine est saine, mais en arrière elle se termine brusquement par un bord concave, tapissé par la muqueuse qui est d'un rouge vif. Le voile du palais est entièrement détruit, les piliers sont remplacés par un repli unique qui se continue avec le bord postérieur qui limite la voûte palatine. Il n'y a pas d'altérations, seulement une rougeur livide de la muqueuse. La paroi postérieure du pharynx présente au fond de la bouche une large cicatrice, d'un blanc nacré, qui est la trace d'une ancienne ulcération. Il n'y a actuellement aucune altération nouvelle.

« *Organes respiratoires.* — L'épiglotte est détruite ; on ne voit au-dessus de la glotte qu'un bord sinueux, irrégulier, rougeâtre qui en marque la base. Le larynx, la trachée, les bronches sont sains. On ne voit ni ulcérations, ni cicatrices. Les ganglions bronchiques forment une énorme masse tuberculeuse, plus ou moins ramollie qui comprimait les bronches. L'un d'eux a la valeur d'un petit œuf de poule. Pas de tubercules au poumon. »

Hamilton a été le premier, en définitive, à fixer sérieusement l'attention du public sur les ulcérations de mau-

vaise nature que l'on peut rencontrer dans la gorge chez les sujets à tempérament scrofuleux. Il avait observé, peu de temps avant de faire paraître son article, quelques cas d'angine qui, par leur tenacité, leur longue durée, leur résistance aux moyens habituels de la thérapeutique, lui parurent constituer une forme spéciale de cette affection. Il admit deux variétés, l'une *bénigne* qui est de la pharyngite sèche avec croûtes et gêne de la déglutition, dans laquelle la paroi postérieure du pharynx serait recouverte par un exsudat épais très visqueux, de teinte gris-verdâtre, masquant la muqueuse rougeâtre, parsemée de granulations, et une variété plus *grave*, de nature rongeante, caractérisée par l'existence d'ulcères uniques ou multiples, parfois très étendus, qui ne sont pas toujours bornés à la partie postérieure du pharynx, mais peuvent atteindre le voile, les piliers de celui-ci et même parfois les amygdales. Le processus, en s'aggravant, amènerait des désordres plus ou moins étendus, tels que destruction partielle ou totale du voile ou du moins de la luette. Dans un cas datant de six mois, le voile du palais et le pilier antérieur du côté droit étaient violemment enflammés, d'un rouge vif, et présentaient trois ulcérations profondes et irrégulières recouvertes d'une matière cendrée et dont une avait perforé le voile du palais. Dans un autre cas, où la maladie remontait à quatre ans, la paroi postérieure était tapissée par une matière glaireuse, verdâtre. Il y avait une ulcération large, profonde et irrégulière qui avait détruit une partie du voile du palais et de la voûte palatine. Le petit doigt passait librement à travers cette ouverture. La luette, détachée, pendait dans la gorge et excitait une toux continuelle par les chatouillements qu'elle déterminait. Il existait

reflux dans les fosses nasales quand le malade avalait. En général, cette forme grave ne donnerait pas lieu à beaucoup de réaction. Parfois cependant on peut noter des souffrances assez notables, par exemple des douleurs très vives d'oreille, lorsque l'inflammation se propage le long des trompes d'Eustache. Il y a aussi un autre symptôme qui se montre parfois, c'est une sensibilité très grande de la peau du crâne, qui a son siège au vertex et à l'occiput, et qui se produit lorsqu'on passe le peigne dans les cheveux. L'auteur a vu les ulcérations commencer par des tubercules durs qui s'ulcèrent ensuite et il rattache cette forme au lupus exedens. Il ne serait pas rare dans ce dernier cas, lorsque l'ulcération a intéressé les piliers du voile et les parties latérales du pharynx, de voir des adhérences s'établir entre le voile du palais et le pharynx, de manière à boucher toute communication avec la partie postérieure des fosses nasales.

L'auteur fait suivre cette description de l'angine scrofuleuse par quatre observations qui établissent, suivant lui, que cette maladie a une existence indépendante et dont les deux premières nous paraissent seules dignes d'intérêt.

Observation I. — Femme de 33 ans, mariée, et n'ayant jamais eu de syphilis, affectée depuis trois ans de mal de gorge pour lequel elle a été traitée par toutes sortes de moyens, mais ayant toujours été très sujette à cette maladie, présentant des cicatrices scrofuleuses sur le cou ; altération du timbre de la voix et trouble dans la déglutition ; dans le fond du pharynx, ulcération petite et irrégulière recouverte par une exsudation d'un jaune verdâtre. Échancrure profonde du bord libre du voile du palais, par suite de destruction de la luette. Dans le

fond de la gorge, du côté droit, plusieurs cicatrices ou brides blanchâtres, sans aucune destruction des parties molles; mais du côté gauche, perte de substance et adhérence des piliers postérieurs du voile du palais au pharynx. En somme, lupus avancé et, en partie, cicatrisé.

Observation II. — Charretier âgé de 23 ans, affecté de mal de gorge depuis un an, n'ayant jamais eu d'affection syphilitique. Tout le côté droit du voile du palais est détruit par une ulcération que recouvre une exsudation grisâtre, et dont les bords sont rougeâtres et irréguliers; l'ulcération a presque entièrement détaché la luette qui ne tient plus à la voûte palatine que par quelques brides et qui est entraînée vers l'amygdale du côté gauche. Douleur vers l'oreille; pas de dysphagie, mais un peu de douleur. Donc, mêmes remarques que plus haut.

L'auteur pense qu'on établira facilement une distinction entre les ulcérations de nature scrofuleuse et les ulcérations syphilitiques profondes, excavées et circulaires, d'un aspect repoussant, qu'on aperçoit sur les piliers du voile du palais, sur les amygdales ou sur le pharynx. Il reconnaît cependant qu'il sera quelquefois difficile de les distinguer des ulcères vénériens superficiels et irréguliers, jaunâtres à leur surface; mais, dans ces cas, on trouvera d'autres indices de l'infection syphilitique, tels que des éruptions cutanées, par exemple, tandis que, chez les scrofuleux, on reconnaîtra le facies de la constitution scrofuleuse (*Dublin Journal of med. sc.*, 1844).

En Allemagne, Werrher pensait déjà que le lupus se montre *d'abord dans le nez*[1] ou la gorge, pour gagner

1. Actuellement, beaucoup soutiennent que le lupus de la face est d'abord nasal.

consécutivement la face. Pohl, son compatriote (*Virchow Arch.*, 1845), considérait cette opinion comme exagérée mais pourtant vraie dans un certain nombre de cas.

Les cas bien connus de Bryk, de Cracovie, sont certainement du lupus, bien que dans deux de ceux-ci, il n'ait pu assister qu'à la dernière période du mal, celle de cicatrisation.

Nous croyons devoir les rapporter ici à cause de leur importance clinique et historique.

1° Une fille de vingt ans fut reçue à la clinique du docteur Bryk, pour une fistule lacrymale. Elle avait été atteinte, à l'âge de cinq ans, de scarlatine avec angine, coryza et conjonctivite. Ces affections s'étaient prolongées longtemps, s'étaient compliquées d'un gonflement des ganglions cervicaux et sous-maxillaires, et avaient laissé en dernier lieu des ulcérations dans les fosses nasales postérieures. Il en était résulté des difficultés de la déglutition, de la toux, de l'enrouement et des crachats sanguinolents. La cavité nasale se bouchait, et la voix n'était pas claire. Cette angine ulcéreuse dura jusqu'à l'âge de dix ans ; elle fut traitée avec plus ou moins de succès par différents moyens et enfin fut guérie par l'eau iodée d'Iwonicz. Il resta une fistule lacrymale après la cicatrisation du côté droit. Dans les six dernières années, il y eut plusieurs récidives, contre lesquelles on employa avec succès la même eau minérale ; il survint de la surdité du côté gauche et de vives douleurs de tête qui disparurent à l'âge de seize ans, avec l'apparition des règles. Depuis trois ans, l'état général était relativement bon, et il n'y eut pas de rechute. Lorsqu'on l'examina, à son entrée à l'hôpital, on trouva le voile du palais soudé à la paroi postérieure du pharynx. A la place du pilier droit

et de l'amygdale, il y avait une cicatrice brillante et rayonnée. A la place de la luette qui était détruite, on voyait un orifice cicatriciel de la grosseur d'un pois qui faisait communiquer la bouche avec la cavité nasale. Du côté gauche, la cavité nasale et la trompe étaient perméables au cathétérisme. La cloison du nez était conservée, ainsi que la partie inférieure du pilier gauche et une partie de l'amygdale, mais qui était enflammée. Le larynx était normal ; dans les derniers jours, il s'était fait un gonflement de ce qui restait de la partie gauche du voile du palais, et il s'y était développé des petits boutons qui s'étendaient de l'autre côté de la plaie cicatrisée et avaient résisté aux astringents et aux caustiques appliqués localement. La malade quitta l'hôpital, et on ne put faire de traitement externe (obs. XIV, *Thèse Fougère*).

2° Chez un jeune garçon de quatorze ans, qui avait depuis plusieurs années la voix très rauque, le docteur Bryk trouva le voile du palais soudé à la paroi postérieure du gosier ; les piliers du voile du palais et les amygdales des deux côtés formaient une cicatrice brillante, rayonnée, et à la place de la luette il y avait une ouverture de la grosseur d'un pois qui conduisait dans l'arrière-cavité des fosses nasales. A la pointe de l'épiglotte, il existait une perte de substance cicatricielle qui allait jusqu'au tubercule de cet organe. La moitié du repli aryténo-épiglotique gauche et la partie supérieure du larynx étaient en partie en suppuration et en partie cicatrisées. La corde vocale se montrait rouge et gonflée, la droite blanche ; mais, dans le milieu, son bord était altéré. La cavité nasale gauche était soudée au niveau de son ouverture, les parties solides bien conservées ; la peau semblait saine,

même aux parties génitales ; les ganglions mésentériques étaient hypertrophiés.

Cependant le malade avait été bien portant jusqu'à l'âge de sept ans [1]. Alors il avait eu des douleurs de cou, des difficultés de déglutition, de l'enchifrènement et de l'enrouement qui avaient duré plusieurs années, et il rendait très souvent du mucus sanguinolent ou du pus. Après avoir pris des bains minéraux et de l'eau d'Iwonicz, la maladie s'était arrêtée. Pas de syphilis chez le père et la mère.

3° Un paysan, âgé de quarante ans, avait toujours été bien portant à l'exception d'une scarlatine qu'il avait contractée à l'âge de vingt-cinq ans. Pas de syphilis.

A l'âge de trente-trois ans, il avait été atteint, pour la première fois, d'une angine accompagnée d'efflorescences papuleuses dans les parties molles du palais et à la paroi postérieure du gosier. Il avait guéri en quelques semaines et presque sans traitement. Dans les dernières années, il survint des céphalalgies, des douleurs articulaires et de la gêne dans les mouvements du cou. Il se produisit, en même temps, dans les parties molles du palais et dans le gosier, de petits boutons qui suppurèrent bientôt, un coryza intense et de l'enrouement. Tous ces accidents cédèrent bientôt à l'emploi d'astringents, du nitrate d'argent et aux eaux d'Iwonicz. Dans les dernières années, le malade n'eut plus que des affections catarrhales de la gorge. Quatre ans avant le moment où cette observation est prise, il se fit de nouveau des ulcérations au voile du palais et sur les amygdales. On lui donna du sublimé, de l'onguent gris sans aucun succès. La plaie

1. Ces scrofulides graves tardives, chez des sujets indemnes jusqu'alors de lymphatisme gênaient beaucoup les partisans de la fameuse diathèse, bien que Bazin en constatât loyalement l'existence.

guérit plus tard cependant aux eaux d'Iwonicz et il resta une adhérence du voile du palais à la partie postérieure du pharynx[1]. Jusque là la voix avait été bonne et la respiration libre. En mars 1863, trois années plus tard, il eut une rechute avec des douleurs dans la région de l'os hyoïde et du larynx, avec de la toux et de la dyspnée. L'eau d'Iwonicz fit disparaître les symptômes d'inflammation, mais le malade, sentant la dyspnée augmenter et l'aphonie survenir, entra à la clinique du docteur Bryk. A l'examen on trouva la peau et les glandes normales. Cavité nasale rétrécie, voile du palais transformé en une membrane blanche rayonnée, piliers et amygdales atteints de la même façon. A la place de l'épiglotte, il y avait un bourrelet cicatriciel. Tumeur sous-glottique de la grosseur d'un pois, rosée et masquant la glotte. Trachéotomie. Peu après les accidents respiratoires disparurent, mais l'aphonie persista.

Un peu plus tard, Czermack rapporta le cas d'une fillette de quatorze ans, observée à la clinique de Dumreirher et affectée depuis deux ans d'ulcérations scrofuleuses de la gorge et des fosses nasales. A l'aide de la glycérine iodée, on obtint la cicatrisation ; mais malgré les efforts qu'on déploya en ce sens, on ne put s'opposer à la soudure du voile à la paroi postérieure du pharynx, qui supprima toute communication entre la bouche et le nez.

L'examen minutieux démontra, en effet, que, lorsque la bouche était fermée, toute issue à l'air était impossible, et que la respiratipn ne s'opérait que par la voie

1. Ces guérisons s'expliquent, non seulement par une action médicamenteuse incontestable, mais par d'excellentes conditions de milieu, comme on en a à Berck.

buccale. Malgré cette adhérence, le voile du palais était encore mobile ; il se soulevait et s'abaissait, se tendait et s'affaissait pendant l'émission de vocales qui étaient tout à fait pures ; l'*i* seulement paraissait un peu étouffé ; au contraire la formation des diphtongues était impossible. Dans le langage courant, on remarquait, comme cela arrive quand on parle en se bouchant le nez, des arrêts destinés à permettre l'issue hors de la bouche de l'air accumulé dans cette cavité par la production d'une série de sons ; car cet air ne pouvait plus, comme à l'état normal, s'échapper par les fosses nasales insensiblement et sans interruption de la parole, en passant par la fente pharyngo-staphylienne entr'ouverte.

Le cas de W. Coulson est analogue à celui de Czermak. La parole était altérée de façon que les consonnes nasales étaient sans timbre et restaient confuses ; la respiration n'était possible que par la bouche, dont la muqueuse présentait conséquemment une sécheresse incommode ; le goût et l'odorat étaient abolis et restèrent tels jusqu'au moment où l'on pratiqua contre cette soudure une opération qui réussit partiellement. En somme, observation à la période de cicatrisation.

Hermann Paul, dans son mémoire traduit par Verneuil en 1865, ne fait que citer ses prédécesseurs et ne fournit sur le sujet aucune observation personnelle.

Un peu avant l'époque où Czermack et Coulson faisaient connaître les cas de lupus gutturaux que nous venons de citer, Bazin attirait l'observation, de son côté, en France, sur l'existence des scrofulides graves des muqueuses. Dans ses leçons théoriques et cliniques sur la scrofule, il admet que le tégument interne ainsi que l'externe, peut être atteint des mêmes lésions élémentaires si soigneusement

décrites autrefois par Willan et Bateman, et le fait lui paraît même assez fréquent ; aussi ne s'explique-t-il pas le mutisme de la plupart des auteurs sur ce point. A ce propos, dans un tableau d'ensemble, où il faut aller chercher çà et là quelques renseignements se rapportant au pharynx, il étudie l'action de la scrofule sur l'œil, le nez, la bouche, la gorge et les organes génito-urinaires. En outre du catarrhe, de la congestion, de l'empâtement œdémateux, des vésicules, des pustules à évolution très courte que l'on peut rencontrer et qui se caractérisent par la lenteur de leur marche, leur ténacité, leur résistance au traitement ordinaire, avec facies et antécédents spéciaux, on peut rencontrer aussi des scrofulides malignes érythémateuses tuberculeuses (lupeuses), crustacées, ulcéreuses. Il y aurait cependant quelques différences entre les lésions des muqueuses et celles de la peau ; ainsi l'érythème se couvrirait, sur les lèvres, de croûtes brunâtres, et les tubercules du lupus s'ulcéreraient plus vite et n'acquerraient jamais un volume très notable. Bazin insiste sur l'allure rapidement destructive de ces ulcérations nasales, buccales ou pharyngées et sur les désordres qui en résultent. Au niveau de l'œil, ce serait pis encore, puisqu'il y aurait fonte rapide du globe oculaire. Le diagnostic serait souvent fort mal aisé entre la vérole et la scrofule. Cependant cette dernière irait surtout de la périphérie à la profondeur, c'est-à-dire, que ses altérations morbides s'étendent de la face par exemple aux fosses nasales ou à la bouche, tandis que le contraire se voit pour la syphilis. Les ulcérations strumeuses auraient des bords plus irréguliers, plus rouges, moins à pic ; leur fond serait plus granuleux, moins lardacé. Les antécédents, le traitement fourniraient aussi des indications utiles.

Dans la quatrième partie de son ouvrage, on trouve, p. 566 et p. 608, des observations fort intéressantes qui éveillèrent un peu l'attention des contemporains sur le lupus de la gorge mentionné par quelques-uns de ses devanciers, mais dont bien peu avaient donné des observations. Nous croyons devoir les rapporter ici à cause de leur intérêt historique.

La première est un cas d'ulcère putride scrofuleux de la jambe avec destruction du voile du palais et de la cloison des narines. Elle a été recueillie par Guérard, l'interne du service.

« Garry Philippe, vingt ans, couché au n° 11 du pavillon Saint-Mathieu. Entré le 10 avril 1860, pour un ulcère scrofuleux de la jambe gauche et une lésion de même nature du côté de la gorge et des fosses nasales. Il apprend fort peu de chose sur ses antécédents ; jusqu'à l'âge de quinze ans, aucun symptôme de scrofule, ni angine, ni engorgements ganglionnaires, ni ophtalmie, ni catarrhes, ni lésions cutanées. Cependant il est sujet aux engelures et sa constitution paraît scrofuleuse......... A la suite d'un coup, il serait survenu sur sa jambe un abcès qui fut incisé et donna issue à une quantité insignifiante de liquide, mais l'ouverture persista et devint le point de départ d'une ulcération qui s'étendit peu à peu et dont la cicatrisation depuis cinq années n'aurait jamais été complète.

« A son entrée à l'hôpital, cette ulcération était fort grande et entourée d'une surface cicatricielle, qui attestait des dimensions antérieures encore plus grandes. Partie du genou elle descendait sur la jambe en spirale pour gagner la région postérieure et moyenne. Elle tendait vers la guérison quand tout à coup elle prit l'apparence

de la pourriture d'hôpital, se recouvrant d'une pseudo-membrane caractéristique[1]. Actuellement l'amélioration est très marquée.

« Il y a deux ans le malade fut pris d'un grand mal de gorge qui le fit beaucoup souffrir, à la suite duquel il aurait perdu le voile palatin. En effet, si on examine la gorge, on n'y trouve plus aucune trace de la partie membraneuse du voile du palais et l'on aperçoit, en outre, la partie postérieure du pharynx et celle de l'arrière-cavité des fosses nasales ulcérées, croûteuses et parsemées de nombreuses fongosités inégales. Tous ces désordres paraissent s'être produits sans grande réaction, puisque le malade continua de travailler sans même consulter le médecin.

« Le nez est aplati, déformé, ce qui tient à la destruction complète de la cloison qui a disparu de l'orifice antérieur à l'orifice postérieur.

« Voici comment, suivant le malade, les choses se sont passées ; il y a six mois environ, le nez se tuméfia peu à peu, sans tumeur, ni rougeur, ni douleur ; l'air cessa de traverser librement les fosses nasales ; il ne pouvait qu'à grand'peine en faire sortir, en se mouchant, les mucosités et les croûtes qui obstruaient continuellement ces cavités ; une sécrétion purulente s'écoulait en petite quantité par les narines ou tombait dans la gorge ; au bout de douze à quinze jours, la partie antérieure de la cloison avait disparu, et c'est alors qu'il entra à l'hôpital. Nous avons pu voir, à partir de ce moment, le mal ronger peu à peu, d'avant en arrière, la cloison nasale, qui se détachait par portions que le malade reconnaissait lui-même pour être des portions cariées ou nécrosées.

1. La pourriture d'hôpital était alors si fréquente dans nos hôpitaux qu'elle tuait souvent tous les opérés.

« Aujourd'hui la cloison est détruite dans toute son étendue, et aucun symptôme n'existe plus du côté du nez, si ce n'est la difformité qui résulte de la mutilation qu'il a subie.

« Le 29 janvier 1864, l'état du nez est tel que je viens de le décrire, mais, à la partie supérieure et interne de la jambe existe une ulcération allongée de haut en bas et de dedans en dehors, plus large à la partie moyenne qu'aux extrémités, et dont les contours irréguliers sont affaissés et le siège d'une cicatrisation évidente ; la surface malade est, au niveau des parties saines, couverte de bourgeons charnus dans la plus grande partie de son étendue, grisâtre cependant, normale en quelques parties encore dont l'étendue diminue chaque jour.

« Au moment où, ainsi que je le disais plus haut, tout permettait d'espérer une guérison prochaine, l'ulcération s'agrandit tout à coup et sans cause connue, et pendant près de cinq semaines, on put chaque jour constater les progrès dans la destruction des parties saines. Alors ? seulement, c'était vers le commencement de décembre, on remarqua une tendance vers la guérison, et bientôt un travail de cicatrisation qui s'est continué jusqu'à ce jour. En ce moment, l'ulcération ne présente plus que le tiers de l'étendue qu'elle avait au mois de décembre, lorsqu'elle était à son apogée 22 mars. Le malade est complètement guéri. »

La deuxième observation recueillie par L. Fournier, interne du service, concerne une scrofulide crustacée avec ulcères pharyngées chez un homme de vingt-six ans (Dange, Eugène), couché au n° 59 du pavillon Saint-Mathieu. Pas d'antécédents héréditaires.

« Il ne se rappelle pas avoir été atteint dans son

enfance de gourme, ni d'engorgement ganglionnaire ; mais il est très sujet aux ophtalmies, et, depuis l'âge de dix ans, à chaque printemps il a été constamment pris d'affections oculaires, parfois d'une assez grande intensité ; nous trouvons en effet une taie sur la cornée droite. Il n'a jamais eu, assure-t-il, aucun accident vénérien de quelque nature qu'il soit, et rien, ni dans son état actuel, ni dans ses antécédents, interrogés avec tout le soin possible, ne nous porte à douter de la véracité de ses paroles.

« Vers le mois de septembre 1850, il éprouva une gêne considérable de la déglutition, et en même temps un sentiment de cuisson vive et d'ardeur dans le fond de la gorge. En 1851, il consulta un médecin qui crut reconnaître des ulcérations chancreuses, et institua un traitement spécifique ; néanmoins les accidents s'aggravèrent, les ulcérations s'étendirent, tant sur le voile palatin que sur la partie postérieure du pharynx. Voyant le peu d'efficacité de la médication à laquelle on l'avait soumis, le malade consulte en 1853 un autre médecin qui ordonne également un traitement mercuriel, sans jamais entraver la marche envahissante des ulcérations. En 1857, notre malade entre à l'hôpital de Bordeaux, dans le service de M. Dupuis, qui tombe dans les mêmes errements que les médecins précédents. Après six semaines de séjour, le malade quitte l'hôpital et reste dix-huit mois sans rien tenter pour se débarrasser de son affection. Cependant depuis quelques temps déjà, il y a deux ans environ, à pareille époque, des nouveaux accidents étaient venus s'ajouter à ceux que nous avons signalés tout à l'heure ; dans les narines se formaient incessamment des croûtes d'un aspect jaune verdâtre, sans rougeur du nez, mais accompagnées de légères démangeaisons ; puis, il y a un

an, l'aile du nez du côté droit commença à rougir, et l'on vit se former un ou plusieurs boutons empiétant la fois sur les faces interne et externe de la narine. A ces boutons succéda une ulcération peu douloureuse, dont le siège précis était au bord libre ou inférieur de l'aile droite du nez.

« En mars 1856 le malade entre dans le service de M. Bazin et voici ce que nous constatons :

« Sur la cornée droite existe une taie, suite d'ophthalmie scrofuleuse. Le pourtour des narines est rouge, induré, et l'on remarque dans leur cavité des croûtes jaunâtres cachant une ulcération. Si on peut ouvrir largement la bouche, on aperçoit, à la partie antérieure de la voûte palatine, une ulcération de dimensions moyennes ; le voile du palais présente un aspect cicatriciel qui indique assez qu'il a été pendant longtemps le siège d'une ulcération qui a dû, en un certain moment, mesurer toute l'étendue de sa surface ; on trouve d'ailleurs, aujourd'hui encore, en arrière, une petite surface non cicatrisée et sécrétant du pus. Enfin à la partie postérieure du pharynx se détache très nettement une troisième surface ulcéreuse, de couleur grisâtre, à bords mous, non taillés à pic et dont l'étendue est assez considérable. M. Bazin rejette toute idée de syphilis, et institue le traitement antiscrofuleux ; tisane de houblon, huile de foie de morue et sirop de fer, bains sulfureux, etc.

« Sous l'influence de ces moyens, se manifeste une amélioration rapide, et le malade sort le 28 mai 1858, presque complètement guéri ; il ne reste plus qu'un petit point ulcéré à la paroi postérieure du pharynx, et un autre à la voûte palatine. Il n'est pas douteux que la cure radicale ne saurait se faire attendre si le malade continue le traitement que lui a ordonné M. Bazin ».

Cinq ans plus tard, eut lieu, à la *Société médicale de Vienne*, une grande discussion sur certaines ulcérations de la gorge et du larynx dont la nature paraissait douteuse. La plupart des médecins autrichiens attribuèrent ces lésions, qui paraissent avoir été du lupus, à la syphilis héréditaire comme l'avait fait autrefois Cazenave ; quelques-uns cependant opinèrent pour la scrofule.

Une discussion semblable eut lieu la même année en France, lors de la présentation d'un important mémoire de Roger sur la syphilis héréditaire, à la *Société médicale des hôpitaux*. Hérard à ce sujet crut devoir poser l'importante question du diagnostic différentiel entre la syphilis et la scrofule. Rappelant les difficultés sérieuses que soulève celui-ci et que l'orateur précédent avait mis si habilement en relief, il mentionna en détails le cas suivant, dans lequel la tuberculose fut successivement abdominale, cervicale, puis nasale, et finit en perforant la voûte palatine et le voile, par intéresser le buccopharynx. Toutes les particularités de l'observation sont rapportées avec une fidélité, une minutie, et surtout un esprit clinique qui la rendent précieuse à tout égard. Aussi croyons-nous devoir en donner un résumé succinct, mais suffisant.

Au mois d'avril 1863, il recevait dans son service, à l'hôpital Lariboisière, une jeune fille de dix-neuf ans, au nez tout à fait aplati, comme lorsqu'il y a eu écroulement complet du septum et de la charpente osseuse.

En effet, plus de cloison. Sur le plancher des fosses nasales, pustule communiquant avec une ulcération irrégulière, placée sur la voûte palatine et d'un aspect grisâtre, blafard. Fétidité de l'haleine très marquée.

En arrière, le voile était manifestement perforé. Sur le

cou, cicatrices d'écrouelles anciennes. Cette jeune fille, qui s'était bien portée jusqu'à 7 ans, eut, vers cette époque, de l'ascite avec douleurs abdominales, qui céda à des ponc-, tions répétées. A l'affection précédente avaient alors succédé l'adénite cervicale à répétition dont les cicatrices restaient comme un témoignage. A quinze ans, était survenu un coryza opiniâtre et fétide, dont on voyait les effets destructeurs. Le mal fit continuellement des progrès malgré de nombreuses cautérisations. Néanmoins l'état général était bon ; pas de fièvre, pas de douleurs.

« Un premier fait nous paraissait évident, c'est que toutes les lésions énumérées n'étaient que les manifestations diverses d'une seule et même maladie constitutionnelle, qui avait débuté vers l'âge de sept ans et qui continuait encore ses ravages. Mais quelle était cette maladie ? Il n'y avait que deux suppositions permises, la scrofule et la syphilis. ». Le siège nasal du mal, l'étendue des destructions osseuses allaient bien avec l'idée de la vérole. L'absence d'anamnestiques devait faire penser du reste à une syphilis héréditaire, mais alors pourquoi une santé parfaite jusqu'à l'âge de sept ans ? Hérard reconnaît cependant que Roger et d'autres ont mentionné des faits où la syphilis héréditaire n'avait commencé à paraître que vers l'âge de huit, dix, douze, quinze ans est même plus, de telle sorte que l'objection toute forte qu'elle est n'est pas invincible.

« L'enquête près des parents n'a pas pu démontrer qu'ils étaient manifestement syphilitiques au moment de la naissance de l'enfant. Cependant on note chez la mère une série de fausses couches suspectes. En faveur de la scrofule, on pouvait invoquer l'âge, la physionomie de la malade, l'ostéite, les abcès cervicaux. » Au moment où

Hérard faisait sa communication, les scrofuloses des muqueuses, signalées cependant par Bazin, étaient encore fort peu connues et regardées comme exceptionnelles ; la localisation nasale devrait donc plutôt être considérée comme un argument contraire. Hérard donna de l'iodure de potassium et il se produisit une guérison très rapide. Voici l'opinion qu'émirent les principaux orateurs.

Discussion. — Laillier : « Je déclare que, pour moi, les accidents présentés par cette femme sont de nature scrofuleuse.

« Le siège des lésions à la face et au nez ne m'éloigne pas de cette idée ; car il faut surtout, dans l'enfance, en rapporter un plus grand nombre à la syphilis ; de même encore l'absence des écrouelles n'exclut par l'existence de la scrofule, car on voit des cas de lupus détruisant la totalité du nez chez des individus n'ayant jamais eu de scrofule ganglionnaire. Il ne faut pas oublier enfin que non seulement les parents n'ont eu aucun accident primitif appréciable, mais qu'ils n'ont eu aucune manifestation ultérieure démontrant qu'ils aient été, à une période quelconque de leur existence, en puissance de syphilis. Pour la guérison, on voit souvent des malades atteints de lupus ou d'affections scrofuleuses des os guéris par l'iodure, surtout quand ils ont subi préalablement un long traitement à l'huile de foie de morue. »

Hérard : « Lorsque j'ai parlé de la rareté des affections du nez dans la scrofule, je n'ai fait allusion qu'à celles qui ont débuté par la surface muqueuse et attaqué l'os et je pense encore que ces cas ne sont pas les plus ordinaires. De même aussi je n'ai pas donné à entendre que le lupus et les écrouelles ne pouvaient pas exister indépendamment l'un de l'autre, mais que, si les cicatrices

étaient des écrouelles, cela eût eu plus de valeur pour faire préciser la nature des autres accidents. »

Guibout : « Je suis porté à considérer la malade plutôt comme syphilitique, ne fût-ce que d'après les résultats démonstratifs obtenus par le traitement. D'autre part, les cicatrices que porte la malade présentent plutôt les caractères de la syphilis que ceux de la scrofule ; la forme de la perforation de la voûte palatine confirme la même idée. »

Laillier : « J'ajouterai que la scrofule, et j'en ai vu un exemple, peut donner lieu à la perforation du voile du palais. Les cicatrices que portait le malade ont succédé, on paraît l'oublier, à des abcès et non pas à des ulcérations. Je partage l'avis de M. Hérard sur la difficulté de diagnostic dans le cas actuel. »

Fournier : « Le siège des lésions ne peut guère être invoqué avec plus de raison, car la scrofule comme la syphilis atteint les os de la face. Je dirai que les faits de syphilis héréditaire à manifestations extrêmement tardive sont regardés comme très rares et cela à tort parce que ces cas ne sont pas publiés et si l'on admet qu'une gomme puisse se développer sur un sujet trente et quarante-ans après l'infection, on ne voit pas pourquoi les mêmes accidents ne se développeraient pas également d'une manière tardive chez un individu qui, pendant la période fœtale a partagé l'état diathésique des parents. »

Dans la séance suivante, la discussion sur le diagnostic entre la vérole et la scrofule continua et Laillier présenta à la Société trois malades atteintes de lupus pharyngé :

« La *première*, vingt-six ans, dévideuse, a eu le voile du palais ulcéré et perforé avec une extrême rapidité.

« Ici, il n'y a pas le moindre doute ; les antécédents morbides (gourmes, ophtalmies répétées, angines, surdités), l'apparence et la marche des accidents qu'elle a éprouvés rendent manifestes l'influence de la scrofule.

« Ce fait servira seulement à vous démontrer que, dans la scrofule, des lésions graves peuvent se produire à la voûte palatine (dans sa portion membraneuse, il est vrai, pour ce cas-ci), sans qu'il y ait une autre lésion antérieure ou contemporaine à la face.

« Après bien des vicissitudes, et surtout après une épistaxis [1] qui a failli être mortelle, la malade s'est rétablie aussi bien qu'il était possible de l'espérer.

« La *seconde* est une femme de vingt-quatre ans, couturière, d'apparence chétive ; son père a succombé à des abcès froids et sa mère à un cancer au sein. Ils étaient douze enfants ; neuf sont morts de la poitrine après l'âge de vingt ans ; il lui reste une sœur qui est folle [2] et un frère poitrinaire.

« Jusqu'à vingt ans, santé parfaite ; à cet âge, il y a quatre ans, elle a été soignée à Saint-Antoine pour une fièvre typhoïde, à la suite de laquelle elle eut des abcès ganglionnaires à la région sous-maxillaire.

« Elle eut ensuite de larges ulcérations aux jambes pour lesquelles Marotte la traita à la Pitié ; il soupçonna l'existence d'une syphilis et prescrivit l'iodure de potassium que la malade ne put supporter et auquel il substitua l'huile de foie de morue et l'iodure de fer. Elle sortit non guérie et rentra à Saint-Louis dans le service de Bazin,

1. Bien que rares, les hémorragies du lupus de la gorge sont parfois dangereuses. Fougère insistera sur ce point.

2. La folie est fréquente chez les enfants de tuberculeux ainsi que les autres tares nerveuses.

qui, à son tour, croyant à la syphilis, lui ordonna le même traitement. Les jambes guérirent, mais le nez se couvrit de grosses croûtes et d'ulcérations dont on voit encore les traces. Elle sortit guérie de ces manifestations, mais elle rentra en juillet 1864, dans le service de Guibout, pour une ulcération serpigineuse à l'épaule droite qui est à peine guérie et a été traitée par l'huile de foie de morue, le sirop d'iodure de fer et le perchlorure de fer en topique. Elle sortit non guérie au bout d'un mois, ayant déjà au bras une grosseur qui atteignit le volume d'une pomme d'api, et qu'elle perça avec ses ciseaux.

« Elle affirme n'avoir jamais eu ni aux organes génitaux, ni ailleurs, aucune manifestation qu'on puisse rapporter à la syphilis, et toujours des questions analogues lui ont été faites par les médecins qui l'ont soignée.

« Il y a deux mois, elle avait, depuis quelque temps, mal à la tête et de l'abattement, lorsqu'elle s'aperçut pendant son sommeil qu'elle perdait du sang par la bouche, le nez et les oreilles ; elle fut portée sans connaissance dans le service d'Axenfeld à l'hôpital Saint-Antoine..... A son entrée dans mon service, on note des cicatrices blanches sur les épaules dont il a été parlé plus haut. Il y a de plus, à la tête, six dépressions semblables, au fond desquelles existe une croûte recouvrant une ulcération semblable. A la face antérieure du bras gauche, tumeur fusiforme non douloureuse. Sur le front, au niveau de la base frontale, empâtement faisant une légère saillie. On prescrivit de l'iodure de potassium à faible dose et on n'obtint qu'une amélioration des douleurs nocturnes. »

L'observation de la *troisième* malade, que nous croyons devoir résumer, est aussi instructive que lamentable.

F., trente-six ans. Bons antécédents héréditaires ; sauf un peu de gourme et de l'adénite cervicale suppurée, rien dans l'enfance. Mari syphilitique, mort de paraplégie, peu après le mariage. Eruptions cutanées, puis le nez se prend. Vidal et Devergie traitèrent le mal par les antiscrofuleux habituels à cette époque (vin de gentiane, sp. d'iodure de fer) ; guérison, mais comme la lèvre supérieure était en partie détruite, Trélat crut devoir faire une opération autoplastique. Le mal reprit, gagna tout le nez qu'il détruisit, s'attaqua même aux maxillaires, fit disparaître ou à peu près les deux lèvres. La paupière supérieure du côté gauche n'existait plus et l'œil à découvert fut pris d'une ophtalmie des plus graves ; il fallut faire une énucléation partielle. Sous l'influence de l'iodure de potassium, amélioration rapide et considérable.

« Ici, dit Laillier, l'embarras va croissant, en faveur de la scrofule, il y a la marche des manifestations, leur début d'emblée par des altérations profondes, l'opinion qui semble unanime des médecins expérimentés qui l'ont soigné, l'absence de manifestations syphilitiques antérieures observées ou assurées. En faveur de la syphilis, il n'y a que des raisons fort incertaines : l'existence de la syphilis chez le mari, mais bien antérieurement au mariage, le caractère peut-être secondaire de la fièvre qu'elle eut peu avant l'apparition des accidents morbides, l'éruption suspecte, mais dont Bazin aurait certainement reconnu la nature si elle avait été spécifique ; enfin, la raison la meilleure, qui serait suffisante pour beaucoup d'entre nous, c'est l'action rapide de l'iodure de potassium. »

A ce sujet, Fournier fit remarquer que le traitement n'était pas toujours une pierre de touche, l'iodure

échouant constamment dans certains accidents cependant franchement syphilitiques. D'ailleurs, il y a des cas de syphilis tertiaire rebelle qui échapperaient à son action[1].

Pour le même motif que Laillier, Desnos fit la présentation d'un homme affecté d'une destruction du voile du palais qu'on pouvait être tenté de rapporter à la syphilis et qu'il croyait devoir être considéré comme le résultat d'une angine scrofuleuse grave, tel qu'un lupus de l'isthme du gosier.

« Ce malade, ancien infirmier, offre des signes de tuberculisation pulmonaire à la période de ramollissement et de nature strumeuse à mon avis. Il y a quelques semaines, gêne notable de la déglutition; il se plaignit à nous de ce que les boissons revenaient par le nez. L'examen de l'arrière-gorge permit de constater que la luette et la partie postérieure du côté gauche du voile du palais avaient disparu. Aujourd'hui encore, cette perte de substance est limitée, en arrière, par un bourrelet légèrement hypertrophique, ulcéreux, recouvert d'une sanie grisâtre, au milieu de laquelle se montrent quelques bourgeons charnus, pâles, peu élevés.

« Manifestations scrofuleuses dès son enfance : gourme, abcès ganglionnaires du cou et de la région sous-maxillaire, encore actuellement envahie par des engorgements glanduleux et recouverte de nombreuses cicatrices caractéristiques. Sur la face dorsale des poignets et des mains, plaques érythémato-squameuses caractérisées, au dire du malade, il y a plusieurs années, à l'hôpital

1. Les spécifiques suivant les maîtres les plus autorisés tels que Mauriac, guérissent, surtout sous la forme d'injections sous-cutanées, les formes rebelles, mais ne préviennent pas toujours les retours offensifs de la vérole.

Saint-Louis, par la dénomination de scrofulides et qui auraient toujours conservé la même physionomie.

« Or, c'est le propre des scrofulides de se transformer, de devenir plus profondes à mesure que l'affection remonte à une époque plus ancienne.

« Il accuse seulement une blennorrhagie. Il prétend n'avoir jamais eu de chancre, et une analyse rigoureuse de ses antécédents pathologiques ne permet de saisir aucun accident syphilitique.

« En tenant compte de l'âge du sujet qui a dépassé quarante ans, bien que ses antécédents héréditaires nous échappent, et quoique ses convictions négatives, relatives à une syphilis transmise, convictions uniquement basées sur des conditions morales, ne soient pas complètement satisfaisantes, nous ne croyons pas devoir rapporter rigoureusement à une autre diathèse qu'à la scrofule les déterminations morbides vers la gorge.

« Le malade succomba au bout de quelques jours. L'examen histologique du pharynx fut pratiqué par Cornil :

« Le voile du palais, examiné dans toute la portion qui s'étend de la voûte palatine à la luette, était, à sa surface, irrégulier et granuleux; son épaisseur était considérable, elle mesurait, en moyenne, de 1 centimètre et demi à 2. Durci par l'acide chromique, j'en ai fait des coupes normales à la surface ; à l'œil nu, une surface de section présentait, au-dessous de la muqueuse pharyngienne, une zone de tissu fibreux homogène, à couches parallèles à la muqueuse, et au-dessous de cette couche, dans les deux tiers supérieurs du voile du palais, des acini assez volumineux (de 1 à 3 millimètres de diamètre), séparés par des interstices de tissu fibreux et reliés à la surface par des lignes que l'examen microscopique a montré être des conduits excréteurs.

« Avec un grossissement de 80 diamètres, la partie superficielle de la coupe présentait des papilles volumineuses et saillantes, présentant à leur centre de nombreuses anses vasculaires. Dans la partie profonde, les acini, déjà visibles à l'œil nu, composés de culs-de-sac s'ouvrant dans les canaux excréteurs, étaient très manifestes, séparés les uns des autres par du tissu cellulo-graisseux, et venaient s'ouvrir à la surface par des canaux volumineux. Ces canaux étaient beaucoup plus minces à leur terminaison, à la surface du voile palatin, qu'à leur origine au centre des acini, où ils se dilataient comme des conduits galactophores avant leur terminaison.

« La portion intermédiaire entre la couche des papilles et la couche glandulaire était formée de tissu fibreux.

« A un plus fort grossissement (500 diamètres), la muqueuse palatine présentait plusieurs couches d'épithélium pavimenteux prismatique et nucléaire, engainant les papilles déjà mentionnées. La couche de tissu fibreux était très riche en noyaux, et, dans la couche glandulaire, on avait la structure complète des glandes acineuses; chaque cul-de-sac possédait une membrane propre très mince de 0,002, une ou plusieurs couches de cellules pavimenteuses de 0,009 à 0,001, possédant un noyau. Les cellules étaient finement granuleuses. Un grand nombre de culs-de-sac était distendus et complètement remplis de cellules. Ces culs-de-sac étaient, dans un même acinus, presque au contact les uns des autres, séparés seulement par les minces cloisons où passaient les vaisseaux.

« Les amygdales avaient à peu près leur volume normal. En résumé, la muqueuse pharyngienne était hypertrophiée dans tous ses éléments; sa surface était recou-

verte de papilles bourgeonnantes; le tissu conjonctif sous-muqueux très épaissi et ses glandes avaient acquis un volume considérable. »

Dans les articles et les traités, la question par contre continuait à être passée ou à peu près sous silence. Ainsi dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, Peter se borne, ou à peu près, à citer l'important article d'Hamilton sur le sujet.

A propos de la strume gutturale, Desnos, à l'article Angine, du *Dictionnaire Jaccoud*, rapporte cependant non seulement l'opinion de Hamilton, mais encore celles de Fournier et de Germain Sée (communications personnelles). « On entend souvent par cette dénomination l'hypertrophie des amygdales d'origine strumeuse. Nous la réservons à une série de lésions de l'arrière-gorge, étudiées par J. Hamilton et qu'il regarde comme étant sous la dépendance de la diathèse scrofuleuse. Sa description rappelle à peu près complètement celle des scrofulides malignes des muqueuses de Bazin. Cette angine ulcéreuse, qui est fréquemment indolore, coïncide assez souvent avec la phtisie pulmonaire.

« Alfred Fournier [1] (note manuscrite) a vu plusieurs fois chez des phtisiques non syphilitiques des ulcérations des piliers ou d'autres parties de la gorge, semblables à celles que l'autopsie montrait dans le larynx. Il y a lieu de rapprocher ces faits de ceux que nous étudions, peut-être même de les identifier. Dans la forme grave, les ulcérations sont multiples, précédées de tubercules indurés dus à des infiltrations plastiques des parties malades. Celles-

1. Rappelons que son maître Ricord a été un des premiers à signaler les lésions scrofuleuses et les ulcérations tuberculeuses du pharynx (voir, dans la thèse de Juliard, sa communication personnelle).

ci sont labourées profondément par le travail ulcératif, et il peut s'en suivre des perforations du voile, ensemble de phénomènes qui représente l'évolution d'un lupus du pharynx. Cette espèce d'angine est peu connue. Elle offre des difficultés d'interprétation. On pourrait la considérer comme un produit de la syphilis, de la syphilis héréditaire[1], notamment, mais l'époque d'apparition est déjà une présomption contraire.....

« Germain Sée (communication orale), dont l'attention était fixée sur les points litigieux de la question, et qui a vu plusieurs cas de lupus de la gorge, a pris soin de s'assurer qu'il n'existait pas chez ses malades de syphilis héréditaire ou acquise.

« L'argument qu'on pourrait tirer de l'heureuse influence de l'iodure de potassium, n'aurait, en pareil cas, on le conçoit, que bien peu de valeur ».

En 1869, C. Paul, suppléant le professeur Bouillaud, fit à la Charité une leçon intéressante sur le fait clinique suivant dont nous allons donner le résumé.

F., quarante-deux ans; mauvais antécédents héréditaires, anamnestiques scrofuleux, notamment ophtalmies fréquentes, gourmes, cicatrices blanchâtres sur les jambes et les cuisses ayant succédé à des ulcérations de mauvais aspect à évolution lente ; jamais de syphilis. Le début de la maladie remontait au mois de mars 1867. « Elle a eu une amygdalite intense, le cou était gonflé, la pression sur les parties latérales douloureuses, la déglutition presque impossible, tant la douleur était grande. » Le mal se dissipa peu à peu et, un mois après, elle entrait dans le service de Hillairet à Saint-Louis, pour les pustules dont on a signalé plus haut les cicatrices. Hillairet, diagnos-

1. Comme nous l'avons dit plus haut, c'était l'opinion de Cazenave.

tiquant une affection syphilitique, lorsqu'il examina la gorge, administra du mercure, mais sans succès. Peu après sa sortie, la malade sentit que les aliments refluaient par les fosses nasales. La perforation vélaire se fit sans douleur. Dysphagie très légère, mais otites gauches assez fréquentes. A son entrée dans le service de Constantin Paul, on découvre une ulcération du voile qui occupe la partie centrale de celui-ci et a détruit toute la partie gauche de l'organe. Les piliers de ce côté ont presque complètement disparu et la perte de substance avoisine le bord postérieur de la voûte palatine. La partie postérieure du larynx était également atteinte. L'ulcération était pâle, sans couleur, le fond paraissait être au niveau de la muqueuse. Revue deux ans après, la malade semblait guérie ; du moins la cicatrisation des ulcérations lupeuses était complète ; adhérences évidentes aux parois latérales gauche et postérieure du pharynx.

En 1870, Isambert eut l'occasion d'observer un assez grand nombre de malades atteints de pharyngite ulcéreuse, et c'est par leur examen approfondi qu'il put donner le caractère positif de cette affection en 1872. Elle débuterait par le pharynx, jamais par le larynx[1]. Elle apparaîtrait à la paroi postérieure de la première partie de ces cavités (le lupus primitif siège souvent dans le nez), pour se propager d'un côté dans les fosses nasales ou les trompes, de l'autre vers le larynx. Au début, les lésions seraient, à peu de chose près, celle de l'angine granuleuse, puis les parties s'ulcèrent, se creusent, se confondent : « Leurs bords sinueux, et non taillés à pic

1. Nous nous sommes surtout servis de ses leçons de 1875, réunies en un volume en 1877. Il y précise mieux les idées émises en 1870 avec quelque retenue.

forment un relief à peine appréciable ; quand elles sont anciennes, elles sont entourées d'un liseré rouge lie de vin, mais qui n'a jamais la coloration pourpre et l'étendue des auréoles qui entourent les ulcérations syphilitiques. » Les saillies deviennent plus rougeâtres, plus volumineuses dans le voisinage des pertes de substance, dont la surface est recouverte de crachats fétides très adhérents et se desséchant pendant la nuit. Leur sensibilité paraît nulle et par conséquent ne serait pas le point de départ de troubles fonctionnels. Néanmoins elles continuent à s'étendre (lupus) et deviennent en même temps plus profondes. Leur caractère serait essentiellement destructeur ; c'est ainsi qu'elles sectionnent et réduisent en lambeaux les piliers du voile, l'épiglotte qui peut disparaître presque entièrement. Les lésions des cordes vocales ne sembleraient pas moins sérieuses. Quand ces altérations morbides arrivent à la période de cicatrisation, il se produit des rétractions, des déformations très préjudiciables, c'est-à-dire, des sténoses du pharynx et du larynx, etc. ; parfois le voile se soude à la paroi postérieure de la première de ces cavités. La trachéotomie devient dans quelques cas nécessaire. Enfin on a noté des hémorragies fort graves, survenant par suite de l'ouverture d'un gros vaisseau ainsi que Landrieux l'aurait observé chez un malade du service de Lasègue. Souvent, du reste, ces scrofuleux avérés finiraient par devenir des phtisiques. Pour Isambert, la forme grave qu'il vient d'étudier et qu'on connaissait sous le nom de lupus serait étroitement apparentée avec la forme catarrhale chronique d'apparence beaucoup plus bénigne qu'il a observée chez nombre de malades; car ces deux variétés se succéderaient fréquemment chez le même sujet. Il admet une

variété scrofuleuse superficielle limitée à la partie sus-palatine du pharynx et décrite par Lemaire, dans sa thèse, et, à côté de celle-ci, une variété également bénigne mais à caractère ulcéreux superficiel. Les lésions de la syphilis seraient plus carminées, moins douloureuses, que celles de la scrofule, moins suintantes, moins bourgeonnantes ; enfin leur siège paraîtrait un peu différent.

La thèse de Fougère, sur l'angine ulcéreuse maligne de nature scrofuleuse, passée à la Faculté de médecine de Paris, peu après la communication d'Isambert à la Société médicale des hôpitaux, est, comme celle-ci, une contribution très importante à l'étude du lupus de la gorge. Sous des apparences modestes, cet excellent travail contient un historique complet du lupus guttural, encore si mal connu, ainsi qu'il a soin de le faire remarquer. Il affirme avec raison que le mal est plus fréquent que ne le ferait supposer le silence des auteurs. On aurait pris les accidents qu'il décrit pour de la vérole, parce que celle-ci a son siège d'élection dans l'arrière-gorge [1]. L'affection lente et insidieuse débuterait par un mal de gorge d'abord léger, mais qui s'accentue. Il est pénible plutôt que lancinant et, en dehors de la déglutition où les souffrances sont un peu plus vives, c'est surtout d'une sensation de cuisson dont se plaint la malade. Le fond de la gorge, si on est assez favorisé par la chance pour pouvoir l'examiner à une période peu avancée, est rouge foncé, vineux, tuméfié, comme œdématié, et ces modifications existent surtout sur le voile, la luette, les piliers, la face postérieure du

1. Pendant longtemps toute lésion chronique et ulcéreuse passa pour syphilitique, ainsi que le fait remarquer Devergie. Ce fut le cas notamment pour les aphtes des nouveau-nés (muguet).

pharynx. Quand aux amygdales, elles seraient peu intéressées [1].

La persistance de la gêne finit par attirer l'attention des malades, et on découvre soit une sorte de tubercule rougeâtre, soit une ulcération en un point quelconque des parties malades. Le voile et ses piliers, ou parfois la paroi postérieure du pharynx, sont un peu plus tard beaucoup plus sérieusement compromis. Souvent on constate alors des perforations plus ou moins larges. L'ulcère est sanieux, glaireux, recouvert de fongosités lie de vin, ses bords rarement réguliers, sont le plus souvent déchiquetés et comme rongés. La suppuration est peu abondante, l'adénite légère ; on note souvent de la surdité uni- ou bilatérale. Plus tard, le voile en partie détruit, cicatrisé, blanchâtre, adhère plus ou moins intimement avec les parois postéro-latérales du pharynx et il en résulte un rétrécissement pharyngé, empêchant plus ou moins l'accès des fosses nasales.

Ce tableau clinique repose sur une série d'observations dont nous allons analyser les plus intéressantes.

1° F., vingt-trois ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, le 11 avril 1870. Mal débute en 1865 par de la dysphagie avec salivation. L'ablation d'une amygdale amène du soulagement, mais ne fait pas disparaître entièrement les symptômes. Six mois après, coryza fétide avec croûtes. La narine droite devient rouge et se détruit. Elle entre à l'hôpital surtout pour son nez. A l'inspection de l'arrière-gorge, perforation étendue du voile, sur laquelle la malade ne peut fournir de renseignements. Elle est ovalaire et mesure d'avant en arrière 5 centimètres sur 2 transversalement. Parole difficile, voix nasillarde.

1. Il y a cependant des tuberculoses lentes des amygdales, bien cantonnées et à allures lupiques.

2° F., quarante-cinq ans, atteinte en 1850 de douleurs gutturales vagues et d'un peu de dysphagie, pour laquelle elle entre, en juin de la même année, à l'hôpital Saint-Louis salle Saint-Thomas. A son entrée, on note une perforation au-dessus du pilier droit, à forme assez régulière, ovalaire, de la grosseur d'une pièce de vingt centimes.

3° H., quatorze ans, atteint en mai 1878, de dysphagie avec salivation, pour laquelle il entre en mai à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de Bergeron. On note une vaste ulcération sur la paroi postérieure du pharynx. Le voile et les piliers sont gonflés et violacés ; luette œdématiée fortement colorée.

4° F., vingt-neuf ans, entrée dans le service de Hardy, pour des accidents scrofuleux du nez et des yeux; ces troubles firent oublier uue dysphagie dont se plaignait la malade. A l'inspection de sa gorge, Fougères constata sur le voile et sur la partie postérieure du pharynx plusieurs cicatrices blanches évidentes.

Une monographie importante, la thèse de Homolle, clôt pour ainsi dire la période où il nous est loisible d'étudier le lupus de la gorge, puisqu'elle fut soutenue à la Faculté de médecine de Paris, en 1875. Elle présente toutes les qualités qui distinguèrent ce jeune maître, trop tôt enlevé à la science, telles qu'abondance de l'information, critique très serrée des matériaux recueillis, lucidité d'exposition. Il a su mettre mieux en relief qu'on ne l'avait fait avant lui les formes *cantonnées primitivement* au bucco-pharynx et même des *variétés plus localisées encore*, telles que les tuberculoses lentes de la voûte palatine, du voile, des parois pharyngées ; s'il n'én a pas achevé l'histoire, il l'a du moins esquissée. Son étude en un mot est d'une importance considérable pour la question et, s'il est juste

de reconnaître qu'il a eu des devanciers, on ne doit point méconnaître, pour des motifs de priorité les services considérables qu'il a rendus. Homolle fait d'abord ressortir que ces scrofules graves ne surviennent guère que pendant la jeunesse et que les femmes y sont plus prédisposées que les hommes. La constitution strumeuse est en général accentuée et les antécédents (engelures, écrouelles, ophtalmies) caractéristiques; mais ce n'est point une règle absolue. Les conditions de vie antérieure étaient généralement mauvaises chez les malades qu'il a étudiés, et il en était de même de l'hérédité. S'appuyant sur le point de vue anatomique, l'auteur se sert de la nomenclature de Bazin et il s'appuie sur les éléments d'éruption willaniques, c'est-à-dire sur les lésions élémentaires pour distinguer des scrofulides érythémateuses, crustacées, tuberculeuses, etc. Il insiste sur le début insidieux, l'allure lente, le peu de réaction des lésions qu'il étudie, sur l'étendue cependant des désordres qu'elles déterminent.

Après ces préambules, il divise franchement son sujet en *lupus propagé*, c'est-à-dire provenant de la face et en *lupus primitif*, celui-ci pouvant avoir les allures habituelles de l'affection ou s'en distinguant par quelques particularités telles qu'une localisation excessive.

Pour les variétés ordinaires (propagées ou primitives) Homolle, fidèle aux méthodes didactiques de l'hôpital Saint-Louis, décrit une forme érythémateuse, une forme granuleuse, une forme hypertrophique, une forme atrophique, une forme d'aspect cancroïdal.

L'érythème, la plus fréquente de ces espèces, car il coexisterait avec la grande majorité des cas de lupus de la face, se distinguerait par sa teinte d'un rouge violacé et

comme vineuse, bien accentuée sur les piliers et parcourue par des veinosités.

La variété granuleuse se retrouverait très souvent avec la précédente ; ces petites saillies très rouges simuleraient assez bien des bourgeons charnus.

Les tubercules, quand ils existent, ressembleraient à ceux de la peau, mais paraîtraient moins volumineux (Bazin).

Les ulcérations sont celles du lupus vorax. Dans un temps très court, peuvent survenir de vastes et profondes pertes de substance. Mais il y a beaucoup de degrés, de variétés, telles que l'érosion, l'ulcération et la forme cancroïdale.

La zone qui les entoure est d'un rouge violacé parfois, mais rarement de teinte presque normale. Leur fond apparaît jaunâtre, uni, non bourgeonnant, comme couvert de mastic ou d'une substance adipeuse. D'autres au contraire sont mamelonnées.

Si elles siègent sur une paroi mince (voile, palais), celle-ci peut être perforée.

Du reste, la localisation des lésions rendrait compte non seulement des désordres possibles, mais de l'aspect du mal, et on verrait des formes qui correspondent assez bien aux divisions topographiques de la région. Ainsi, le voile serait surtout atteint par l'érythème granuleux ou non. Les lésions ulcéreuses sont surtout l'entamure ou l'échancrure, plus rarement la perforation ; même remarque pour les piliers. Les amygdales sembleraient en général peu atteintes. Elles se montreraient de volume normal. Le fond du pharynx, violacé ou non, apparaîtrait souvent lisse, aride, parcouru par des veinosités plus ou moins apparentes. On y verrait assez souvent des éminences papulo-tuberculeuses.

Le lupus *primitif* de la gorge, très intéressant à cause des difficultés du diagnostic, est admis par Homolle; mais celui-ci fait remarquer que, si l'on n'a pas observé le mal en pleine évolution, on n'est pas absolument autorisé à conclure au lupus, et c'est pourquoi les cas de Tardieu, de Coulson et de Czermack, deux de ceux de Bryk, les observations I, II et III d'Isambert (mémoire de 1871) ne constitueraient que des probabilités.

Cependant, deux des faits de Hamilton, ceux rapportés dans son traité de la scrofule par Bazin, le cas de Constantin Paul, les cas de Bergeron, celui de Laillier, les cas de Hérard, celui de Desnos, le cas de Libermann[1] échapperaient à ces objections. Lui-même en aurait rencontré des exemples bien authentiques (un dans le service de Besnier, trois dans celui de Laillier). Les lésions élémentaires seraient en somme les mêmes que dans le lupus propagé. On apercevrait d'abord un érythème lisse et livide avec des arborisations fines et un empâtement plus ou moins marqué des plans sous-jacents. Le tubercule inflammatoire reproduirait ce qu'on voit sur la peau. Les granulations se rencontreraient dans la plupart des scrofulides du pharynx sous forme d'un bourgeonnement de la muqueuse, qui prendrait un aspect granuleux et mamelonné. On verrait aussi l'élément pustuleux, suivi d'ulcérations rapidement rongeantes en profondeur et aboutissant souvent à des perforations.

A côté du lupus, Homolle, comme nous l'avons dit plus haut, admet des scrofulides ulcéreuses, localisées sur le voile, la voûte palatine et le fond du pharynx.

1. Libermann, lors des communications d'Isambert sur la tuberculose miliaire du pharynx, cita un cas de lupus de la base de la langue et de l'épiglotte. Il signala un des premiers l'aspect du larynx lupique.

Au niveau du voile, il décrit, à l'exemple de Fournier, l'échancrure marginale, l'ulcère perforant et la division en rideaux. La première siégerait au bord libre d'un pilier ou du voile lui-même, et déterminerait une perte de substance arrondie, altérant la courbe normale de l'organe. La muqueuse serait peu altérée sur le contour de l'échancrure et recouverte d'un enduit grisâtre.

Le deuxième occuperait de préférence la ligne médiane, affectant le voile ou la voûte. La perte de substance serait circulaire ou formerait au contraire un ovale très allongé. La muqueuse se montrerait peu modifiée sur le pourtour. Les bords paraîtraient en général épaissis, parfois, au contraire, un peu amincis.

Si les lésions avoisinent le bord libre du voile, ce dernier pourrait être comme sectionné en deux parties (rideaux), plus ou moins flottante (cas de Lailler).

Les ulcérations du pharynx auraient leurs bords taillés à pic, un contour arrondi, parfois irrégulier, leur fond saillant et bourgeonnant ou au contraire déprimé, jaunâtre, lardacé, d'aspect tout à fait atonique, et coïncident ou non avec des lésions similaires staphyliennes.

---

c) Déterminations pharyngées de la lèpre

Les manifestations pharyngées de la lèpre, bien que plus tardives que celles de la peau et du nez (Leloir), n'en sont pas moins des symptômes presque nécessaires de l'affection. Leur existence fut notée de bonne heure. Ils sont signalés de la façon la plus expresse par les auteurs, presque dès le début du XIe siècle. Ainsi, dans le *Diction-*

R.BLANCHARD

naire en soixante volumes, Fournier s'exprime ainsi, à l'article Eléphantiasis : « Les fosses nasales se tuméfient. Il en découle une humeur âcre qui corrode les téguments. L'odorat s'affaiblit, s'éteint, la respiration devient pénible, *l'intérieur de la gorge s'ulcère, se couvre d'aphtes*. L'haleine devient extrêmement fétide, la voix est rauque, rugissante, *les amygdales se gonflent*, la luette se relâche, devient pendante, un ptyalisme abondant épuise incessamment le malade. » La soif, dont sont dévorés les malades à une période avancée, serait d'autant plus difficile à satisfaire que la déglutition deviendrait très douloureuse. Chez un adolescent de quatorze ans, natif de l'île de France, dont il rapporte tout au long l'observation, il a constaté que la muqueuse de la bouche et du pharynx était intacte ; mais elle paraissait un peu phlogosée et disposée à s'ulcérer bientôt. A propos de l'éléphantiasis également, Cazenave (*Dictionnaire en quarante volumes*) mentionne ainsi les désordres pharyngés : « La présence de tubercules au *voile du palais*, à la *luette*, ou au *pharynx*, surtout dans le larynx, l'inflammation ulcéreuse de la pituitaire sont des phénomènes presque constants ».

D'autre part, voici ce que disent sur le sujet Hardy et Labarraque (article lèpre, du *Dictionnaire Jaccoud*) : « Dans la bouche, on aperçoit des taches d'un rouge pâle, ou des tubercules plats, mous, très disposés à l'ulcération sur les joues, le voile du palais, la luette et les amygdales. Parfois le processus ulcératif détruit tout ou partie de ces organes et même les os qui leur servent de soutien, en sorte qu il s'établit des perforations, des adhérences et des cicatrices vicieuses. » Dans son très intéressant article sur la lèpre des Arabes (*Éléphantiasis Græcorum*,

Virchows Archiv. de 1863), Wolff a signalé l'existence assez fréquente d'une pharyngite chronique survenant dès le début de la maladie[1]. Cette angine aurait, suivant ses successeurs immédiats, toutes les apparences de la variété dite granuleuse. Oldekopp[2] et Wolff ont mentionné en outre la vascularisation exagérée de la paroi postérieure du pharynx, qui serait parcourue par de grosses veines.

Contrairement à la lèpre tuberculeuse, la lèpre anesthésique ne frappe que rarement et d'une façon occasionnelle la cavité pharyngée; les ulcérations superficielles et anesthésiques de la peau sont exceptionnellement précédées d'éruptions serpigineuses (voile, luette, pilier postérieur). Celles-ci passent inaperçues jusqu'en 1885, où elles sont décrites pour la première fois par Leloir.

---

d) Déterminations pharyngées de la morve

La transmission de la morve à l'homme ayant été démontrée vers la fin du XVIIIe siècle[3], on doit se

1. Plus tard Bidenkop (*Lecture on Leprosery*, Christiania et Londres, 1886), admettra des lésions pharyngées tout à fait primitives, qui annonceraient en quelque sorte la lèpre.

2. De lepra caspica. *Virchows Arch.*, 1863.

3. En 1783, Osiander, dans son Traité du Cow-pox, signale le premier un cas de contagion du cheval à l'homme. En 1810, Waldinger, professeur à l'école vétérinaire de Vienne, observa des accidents graves et parfois mortels chez ceux qui avaient opéré des chevaux morveux. En 1817, Sindon rapporta des faits analogues. Un peu avant lui, Lorrain avait formellement affirmé en France que l'homme peut contracter le farcin (*Journal de méd. chir. et pharm.*, 1812). En 1821, Stilberg, chirurgien militaire prussien, publia dans le *Rüstmagazine* une observation fort intéressante et très complète de morve aiguë chez l'homme. Il y eut éruption pustuleuse sur le nez, puis gangrène de cet organe. Peu après

demander si certaines lésions gangreneuses du pharynx, citées par des anciens auteurs, ne relevaient pas peut-être en réalité de cette affection [1]. Les déterminations pharyngées sont donc de connaissance toute récente. De bonne heure cependant, on avait observé que, chez les animaux et aussi chez l'homme, le coryza morveux jouait dans la symptomatologie un rôle des plus importants (jetage nasal). Or, il n'y a pas loin des fosses nasales au pharynx, et il était à prévoir que la cavité voisine devait être fréquemment envahie par le mal, et ceci d'une façon plus ou moins sérieuse.

C'est ce qu'on vérifia en effet. Rayer mentionne, dans un mémoire important lu à l'Académie de médecine en 1837, qu'un certain nombre de malades crachaient du pus par la bouche ; d'autre part, Ollivier, dans le *Dictionnaire en quarante volumes*, à l'article Morve (1837), signale formellement l'existence de stomatites et de pharyngites : « l'angine qui se développe alors est ordinairement circonscrite à quelques points de la bouche. Dans un cas, il y avait gangrène à la voûte palatine ; dans un autre, rougeur et bouffissure des gencives ; d'autres fois, on a observé des aphtes, une tuméfaction douloureuse des joues et du plancher buccal ; dans un cas, il y avait une inflammation phlegmoneuse des glandes parotides et sous-maxillaires ». Mais, comme les lésions buccales sont assez rares en somme, tandis que celles des fosses nasales sont pour ainsi dire constantes, il était à prévoir, ainsi que

Weiss, chirurgien de New Market, faisait connaître un autre cas, où il existait un jetage nasal intense. Vinrent peu après les communications de Mûscroft, Tarozzi, Travers, la thèse de Grub, de Berlin, etc.

1. Ex. l'angine regardée comme charbonneuse par Gubler, comme morveuse par d'autres et qualifiée finalement de gangreneuse (V. l'article Gangrène du Pharynx, IVe volume).

nous l'avons dit plus haut, que ce sont elles qui se propagent à la cavité pharyngée. C'est ce que dit l'auteur précédent.

« Les angines qui accompagnent la morve sont presque toujours déterminées par la propagation de l'affection des fosses nasales au pharynx, au voile du palais, aux amygdales et surtout au larynx. Non seulement ces diverses parties présentent de la rougeur et du gonflement, mais encore des lésions identiques à celles des fosses nasales. Quant aux symptômes par lesquels ces angines révèlent leur existence, ils ne diffèrent pas de ceux des inflammations ordinaires ». Et plus loin, à propos des lésions pharyngées: « On a trouvé la base de la langue et les piliers des amygdales rouges et injectés, le voile du palais, la luette, les amygdales elles-mêmes enflammés, quelquefois même gangreneux, ou recouverts de pustules isolées. La partie supérieure du pharynx, la face postérieure du voile palatin offrent plus souvent des lésions semblables à celles des fosses nasales, c'est-à-dire, la même éruption, les mêmes plaques ulcérées et gangrenées et quelquefois même les altérations ont une analogie frappante avec la lésion intestinale de la fièvre typhoïde ».

Comme on le voit, la morve aiguë du pharynx était désormais assez bien décrite. Un peu plus tard, Tardieu signala les déterminations gutturales de la morve chronique. « Dans la cavité buccale, dit-il, le même examen peut faire reconnaître l'existence soit à la voûte palatine, soit au fond du pharynx, d'ulcères qu'on peut seulement soupçonner dans le larynx et la trachée [1]. » Jusqu'ici les manifestations pharyngées de la morve men-

1. De la morve et du farcin chronique chez l'homme, Paris, 1843.

tionnées par les auteurs avaient un caractère *secondaire* et si effacé, en somme, que leur importance clinique était minime. Mais il n'en est pas de même quand le mal semble s'annoncer par une angine, comme dans le cas célèbre de Graves, que nous croyons devoir rapporter intégralement à cause de son intérêt considérable.

« Patrick Wallace, jeune homme de vingt ans, d'une constitution saine et robuste, est entré à l'hôpital chirurgical de Richmond, le 6 octobre 1836. Il avait été appelé à soigner un cheval morveux, il le conduisait et l'étrillait ; on sait en outre qu'il avait l'habitude de boire dans le même vase que le cheval et qu'il portait une légère écorchure sur l'une des oreilles. A son arrivée dans le service, il avait tout à fait l'aspect d'un malade qui est atteint d'une angine tonsillaire ; il ne pouvait écarter les mâchoires de plus d'un demi-pouce (douze millimètres) ; c'était, là du reste, la seule infirmité dont il se plaignait. L'amygdale gauche était très volumineuse, rouge, dure et projetée vers la ligne médiane ; on n'y découvrit pas de fluctuation ; à l'angle de la mâchoire existait un empâtement général qui remontait jusqu'à l'arcade zygomatique. La glande sous-maxillaire du même côté était augmentée de volume et indurée. L'apparition de ces divers symptômes avait été précédée de fièvre, peu de jours avant l'entrée du malade à l'hôpital (huit sangsues au cou ; purgation composée de calomel et de jalap).

« Le lendemain, le gonflement extérieur a encore augmenté. Patrick a plus de difficulté que jamais pour ouvrir la bouche, on peut constater cependant que l'amygdale est toujours dure et tuméfiée. (Douze sangsues au niveau des tonsilles. Le malade prend la solution

stibiée additionnée de sulfate de magnésie, dont on se sert habituellement dans cet hôpital).

« 15 octobre. — Tous les accidents sont aggravés, l'amygdale est toujours dure, sans fluctuation, le côté gauche de la face est considérablement tuméfié ; les paupières gauches sont tellement enflées, que l'œil est complètement clos ; les joues paraissent enflammées ; à l'angle gauche de la mâchoire, les tissus sont tout à fait indurés, et cette induration s'étend vers le menton ; quelques taches rouges, à bords irréguliers, d'une grosseur qui varie depuis celle d'un demi penny jusqu'à celle d'une pièce de six pences, sont éparses sur la surface du corps ; deux pustules sur la jambe gauche.

« 16 octobre. — On ouvre sur l'amygdale gauche une vésicule remplie de sérosité jaunâtre. Le malade a toujours les mêmes difficultés pour ouvrir la bouche ; la tuméfaction du côté gauche de la face est plus considérable ; il s'est formé un petit abcès sur le côté postérieur de l'avant-bras gauche. Il y a eu un peu de délire pendant la nuit et trois selles abondantes. (Cautérisation de l'amygdale avec le nitrate d'argent. Vésicatoire sur le cou, au niveau de l'amygdale. Sol. stibiée).

« 17 octobre. — Le malade a un peu dormi, mais son sommeil a été interrompu par le délire ; c'est un délire doux, caractérisé surtout par de la mussitation. Patrick est parfois très désireux de répondre aux questions qu'on lui adresse, mais il ne peut y parvenir à cause de l'occlusion de la bouche. Ce retour de la raison ne dure d'ailleurs qu'un instant, et le malade se met à divaguer. L'ouverture de la bouche atteint à peine un demi-pouce (12 millim.) ; l'œil gauche est complètement fermé ; le côté gauche de la face est énormément tuméfié ; il est, en outre, dur,

chaud, tendu et luisant ; des deux côtés de la mâchoire, mais surtout à gauche, toutes les glandes sont gonflées et dures ; l'amygdale est dans le même état qu'auparavant. Les narines sont dilatées. La respiration, stertoreuse, un peu précipitée, est à 28 ; elle est entrecoupée par de fréquents soupirs. Le pouls rapide, intermittent, très petit, ne peut être compté ; la peau est brûlante. La langue est sale, les dents sont fuligineuses. Le malade se plaint d'une soif ardente, mais il dit ne ressentir aucune douleur ; il est évident, cependant, qu'il souffre beaucoup dans les articulations et dans les membres, lorsqu'il fait quelques mouvements. Il n'y a ni gonflement, ni rougeur au niveau des jointures ; il n'existe pas de jetage ; on ne peut découvrir aucune ulcération sur la muqueuse nasale. A l'exception de la face et du cou, les ganglions lymphatiques ne paraissent point affectés.

« Cependant des vésicules et des pustules de différentes grosseurs avaient paru sur la surface du corps, mais surtout sur le dos. Le volume de ces boutons variait depuis celui d'une tête d'égingle jusqu'à celui de la moitié d'une amande. Pendant leur première période, ces boutons représentaient de très petites vésicules remplies d'une sérosité limpide avec une aréole inflammatoire à peine appréciable. Au second degré de leur développement, la sérosité était remplacée par du pus ; un cercle rouge très considérable entourait chaque pustule, qui augmentait alors notablement de volume. Lorsqu'on ponctionnait une vésicule, le liquide paraissait s'échapper d'une cavité unique, située sous l'épiderme ; cette évacuation n'amenait pas l'affaissement de la petite tumeur ; il restait dans le derme ou au-dessous de lui une induration considérable, qui présentait à son centre la cavité

dans laquelle la sérosité était contenue. Il existait sur différents points un grand nombre d'achores réunis ensemble et qui n'étaient pas beaucoup plus gros qu'une tête d'épingle. Ces groupes étaient entourés de bords élevés et blanchâtres, qui présentaient une largeur d'une ligne et demie à deux lignes (trois à quatre millimètres); entre ces bords et les achores, il y avait une ligne rouge. Le tout ensemble avait une forme un peu ovale. Il existait en outre de nombreuses taches inflammatoires sur l'épaule droite, le bras gauche et quelques autres parties du corps. Ces taches avaient une couleur d'un brun foncé, presque livide; sous l'influence de la pression, cette coloration s'effaçait, mais elle reparaissait dès qu'on cessait de comprimer. Le doigt percevait au centre une petite tumeur dure; ces taches avaient des bords irréguliers.

.....Les caractères de la maladie sont de plus en plus accusés; à trois heures de l'après-midi, un écoulement purulent très abondant a eu lieu par les deux fosses nasales. On a prescrit alors la solution de chlorure de soude à l'intérieur à la dose d'une drachme (quatre grammes) trois fois par jour et une potion composée de carbonate d'ammoniaque, de liqueur éthérée huileuse et de mixture camphrée. A cinq heures du soir, on trouve le malade à peu près hors de son lit; sa tête est restée sur l'oreiller; il est encore en état de demander ce qu'il désire. Le pouls est incomptable. Les jambes et les pieds sont froids, la respiration est stertoreuse, le corps est couvert de taches; le jetage nasal a cessé, mais il se fait un écoulement purulent par la bouche et l'haleine est d'une horrible fétidité.

« 8 heures du soir. — Des sueurs profuses sont sur-

venues ; la face est rouge, tendue, luisante, et très enflée ; la tuméfaction s'étend maintenant du côté droit ; l'œil est presque fermé ; le gauche s'ouvre un peu plus facilement ; quelques pustules ont apparu à l'angle interne. Le délire et la mussitation continuent.

« Mort le 18, à 4 heures du matin.

« Ainsi huit jours s'écoulèrent après ce début tonsillaire pendant lesquels les phénomènes amygdaliens restèrent stationnaires, tandis que l'engorgement du tissu cellulaire, du cou et de la face présentait un développement considérable, et pendant lesquels l'état général ne fit que s'aggraver. Aucune fluctuation ne se produisit du côté de la tonsille. Ce n'est qu'au bout du dixième jour qu'on vit apparaître sur celle-ci une vésicule pleine d'une sérosité jaunâtre, en même temps qu'une éruption morveuse caractéristique s'effectuait du côté de la peau. »

A l'autopsie on trouva des lésions morveuses générales très importantes.

Desnos ne consacre qu'un paragraphe très court à l'angine morveuse, où il ne parle guère que du cas de Graves, qui avait eu beaucoup de retentissement sur les contemporains. Peter, tout en étant plus complet, n'est pas plus original. Cependant, il fait ressortir assez bien la rougeur du pharynx, les petites pustules qui, dit-il, existent parfois, les ulcères, les escarres et il montre que si le diagnostic est facile quand les déterminations pharyngées sont tardives, à allure secondaire, il n'en est pas de même quand le mal semble siéger positivement dans la gorge. Du reste, dit-il, ce diagnostic n'a qu'un intérêt théorique ; car malheureusement il n'amène à aucune conclusion thérapeutique efficace.

Dans son article Morve, du *Ziemssen Handbuch von*

specielle Pathologie, BOLLINGER se borne à dire qu'au jetage nasal du début s'ajoutent plus tard des éruptions diverses sur les muqueuses qui avoisinent le nez, telles que la conjonctive, la muqueuse buccale, celle du voile, de la gorge, des voies respiratoires. Si le pharynx se prend, il se produit une dysphagie plus ou moins accentuée. Quant à la morve chronique, « comme phénomènes ultérieurs de l'affection, signalons, dit l'auteur, des inflammations des muqueuses, de la tuméfaction de la langue, de la salivation, des ulcères du palais et de la gorge, des angines. Les organes respiratoires sont souvent profondément atteints. »

ADDENDUM AUX PROCESSUS INFLAMMATOIRES SECONDAIRES DU PHARYNX

Retentissement des maladies de la peau sur le pharynx

Les remarquables recherches de Bordeu, puis de Bichat, sur les membranes qui tapissent les cavités internes du corps ou la superficie de ce dernier, semblaient avoir démontré une analogie remarquable de structure et de fonction entre le revêtement interne et le revêtement externe. Ni l'embryologie encore dans l'enfance [1], ni l'histologie toujours assez rudimentaire, ni une phy-

1. Plus tard Robin, en soutenant que l'invagination buccale du feuillet externe donnait naissance non seulement à la muqueuse buccale, mais à celle des voies digestives supérieures jusqu'au diaphragme, sembla renforcer encore la similitude qu'on admettait exister entre la muqueuse de la cavité bucco-pharyngée et la peau.

siologie peu exacte et nullement raffinée n'étaient venues souligner les différences.

Aussi sembla-t-il à beaucoup de bons esprits de l'époque qu'entre les dermatoses et bon nombre d'inflammations des muqueuses il devait exister une parenté évidente[1]. Et de fait, bon nombre de médecins de la période que nous signalons mentionnèrent fréquemment la répercussion de la disparition d'une dartre sur une muqueuse quelconque, ainsi que l'avaient fait leurs devanciers des siècles précédents. Quelques cliniciens de mérite crurent même voir une sorte de balancement entre les inflammations de la peau et celles des muqueuses. Les partisans un peu plus réservés des diathèses se contentèrent de dire que ces états généraux produisaient, du côté de la gorge par exemple, des phlegmasies qui, par certains de leurs caractères, notamment par leur évolution, se distinguaient des inflammations vulgaires de l'arrière-bouche. Il est à remarquer cependant que la plupart, à l'exemple de Lasègue, ne se prononçaient, sur l'origine goutteuse par exemple du mal, que par un un examen minutieux des commémoratifs, en se fondant sur le résultat du traitement, et qu'ils avouaient que, pris en eux-mêmes, les symptômes morbides observés n'avaient rien de bien caractéristique[2]. Mais quelques-uns allèrent plus loin. Ils soutinrent que les lésions

1. Rayer, Bazin, Gubler, etc.

2. Gubler par exemple expliquait que, les muqueuses de la gorge étant continuellement humides et balayées incessamment par la déglutition de la salive, les croûtes étaient forcément absentes. Tout au plus pouvait-on s'attendre à la présence de fausses-membranes. La situation reculée des lésions expliquerait pourquoi le stade vésiculeux échappait le plus souvent, à cause de l'insignifiance du malaise. En somme, on n'admettait guère, ici, parmi les lésions élémentaires de Bateman, que l'érythème et l'ulcère.

élémentaires sur lesquelles étaient basées les classifications de Willan et de ses successeurs pouvaient, à un examen attentif, se rencontrer dans le pharynx. C'est ainsi que pour la vérole, par exemple, Baumès admettait dans cette cavité l'existence de la plupart des syphilides cutanées. Il est intéressant de constater que les dermatologistes, notamment ceux de l'école de Saint-Louis, se tinrent sur une grande réserve sur ce terrain qu'ils ne regardaient pas comme assez sûr[1]. Ce sont des médecins non spécialisés qui accomplirent les premiers progrès sur ce point encore si discuté.

Ce fut sur le *pemphigus*, dermatose à allure de fièvre éruptive, qu'eurent lieu les premières affirmations un peu précises, prouvant que les dartres pouvaient non seulement déterminer des aphtes équivalentes, mais identiques en tout point aux manifestations cutanées. Voici ce que disent Gilibert et Monfalcon, dans l'article Pemphigus du *Dictionnaire en 60 volumes*. Après avoir montré que cette affection, qui procède à la façon des fièvres exanthématiques, pouvait déterminer de la congestion et du catarrhe du côté des muqueuses, ils soutiennent que ces membranes sont même parfois le siège d'éruptions vésiculeuses, caractérisées par les mêmes symptômes que du côté de la peau, « vésicules séreuses de diverses grandeurs, reposant sur une base rouge, tuméfiée, chaude et douloureuse, se rompant au bout de deux ou trois jours, en répandant la sérosité qu'elles contiennent, et en laissant des excoriations très vives. Cette phlegmasie vésiculaire a été observée dans l'intérieur de la bouche, du gosier, du nez, de l'estomac et des intestins,

1. Comme on le verra Lasègue leur reproche assez amèrement cette attitude.

sur toute le surface des premières voies. L'affection muqueuse se développe, dans le plus grand nombre des cas, en même temps que l'affection cutanée, et se termine presque toujours avec elle. Quelquefois celle-ci est très peu considérable, tandis que l'affection muqueuse s'élève jusqu'au degré de la phlogose vésiculaire. Légère dans plusieurs cas, elle paraît ne pas exister dans d'autres, ou du moins alors ces signes ne sont pas également évidents. » Les maîtres de l'école de Saint-Louis, ainsi que nous l'avons dit plus haut, se montrèrent plus réservés et voici ce que dit Cazenave à ce sujet : « Chez un malade qui mourut à l'hôpital Saint-Louis, et qui était affecté d'un pemphigus dont la première éruption remontait à dix-sept ans, nous avons vu les lèvres flasques et pendantes, la muqueuse qui les doublait et celle qui tapissait les parois buccales et la surface de la langue, se recouvrir sur les derniers temps de la vie de bulles volumineuses, transparentes, contenant un liquide sanguinolent. Quand l'épithélium se déchirait, ce qui arrivait très rapidement, la surface mise à nu restait pendant longtemps le siège d'une exsudation sanguine abondante ; les gencives de ce malade étaient gonflées, fongueuses saignantes. Cet état des gencives existe assez souvent chez les individus affectés de pemphigus depuis longtemps. La muqueuse buccale et pharyngienne participe à l'atonie générale de tout le système muqueux ; cependant il est extrêmement rare d'y rencontrer les bulles dont les auteurs parlent si souvent, et regardent comme très fréquentes. Pour ma part, je n'ai été à même de les constater qu'une seule fois ; c'était sur le malade dont je viens de parler. »

En France, c'est Lasègue qui s'est exprimé le plus caté-

goriquement sur la propagation du pemphigus à la cavité gutturale, bien qu'il reconnaisse que la participation du pharynx à l'éruption vésiculeuse est en somme exceptionnelle. Il soutient que si, dans la forme aiguë, le fait est un peu plus fréquent, les phénomènes observés du côté du gosier ont un caractère toujours secondaire et disparaissent en quelque sorte dans l'ensemble général des symptômes. Par contre, dans le pemphigus chronique, la localisation du mal pourrait se faire pour ainsi dire exclusivement dans le pharynx, entraînant par cela même des difficultés de diagnostic toutes spéciales. « Aucun médecin n'ignore que, quand la bulle extrêmement amincie se rompt peu de temps après son apparition, le pemphigus ne laisse plus d'un doute sur sa nature. Le jugement est encore plus délicat si la lésion affecte de préférence la membrane muqueuse.

« J'ai observé un malade qui peut servir de type, pour lequel j'ai consulté les hommes les plus compétents et qui résume à lui seul presque toute la série des possibles.

« M. R., soixante ans, robuste, sujet à de fréquentes migraines et à des troubles digestifs, va, il y a sept ou huit ans, aux eaux de Kissingen. Il revient, après la cure, complètement guéri des accidents incommodes qu'il éprouvait.

« Un an plus tard, il se plaint d'une gingivite localisée, limitée aux dents incisives de la mâchoire inférieure et simulant, à s'y méprendre, la diphtérie gingivale. On essaye inutilement les moyens classiques avec une persévérance que l'insuccès ne décourage pas. Le pronostic est fâcheux, le malade est menacé de la perte des dents qui doivent se déchausser. Cette prévision n'est

pas justifiée par l'événement, et la lésion se maintient depuis son début sans variation, mais aussi sans entraîner les conséquences qu'il était raisonnable de prévoir.

« Peu de temps après, M. R. accuse une sensation douloureuse sur l'aile du nez ; l'épiderme se détache sur un espace de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes ; il s'exfolie sans qu'il ait été possible, à aucune période, de découvrir une bulle remplie de liquide.

« Un peu plus tard, la paupière gauche devient le siège du mal. Il s'établit lentement des adhérences entre la paupière inférieure et la conjonctivite oculaire. Le mal qui envahit graduellement, ou plutôt par soubresauts, la cornée, est désigné sous le nom de xérose palpébrale, en tenant plus compte de ses conséquences que de sa nature ; aujourd'hui l'œil gauche est perdu pour la vision [1].

« Presque à la même période, le malade, que je ne connaissais pas, vint me consulter pour une angine dont il souffre depuis près d'un mois et qui gêne la déglutition ; je constate, sur le pilier antérieur gauche, une plaque blanche de moins d'un centimètre de diamètre et sur le pharynx une plaque de même aspect et de même dimension ; pas de rougeur vive au pourtour ou au voisinage ; plus de gêne que de douleur ; les ganglions sont indemnes.

« J'avouerai qu'avec les renseignements très incomplets qui m'étaient fournis, j'hésitais et dus me référer à un plus long examen. Au bout de quelques semaines, les deux plaques avaient disparu sans autre traitement que quelques gargarismes au ratanhia.

1. Ces troubles oculaires graves ont été signalés depuis par de nombreux auteurs.

« Depuis lors, des accidents analogues se sont reproduits à diverses reprises, et il ne s'est pas écoulé moins de quatre ans, à dater des premières manifestations. Le malade n'a jamais eu d'éruption semblable sur les joues ou sur la voûte palatine.

« Pendant un des intervalles de repos que lui laissaient les angines, il éprouva une difficulté dans la déglutition qu'il attribuait à un spasme de l'œsophage. S'il avalait, en mangeant, une gorgée de boisson froide, il était pris de suffocation et obligé de quitter la table. Le malaise cédait assez rapidement. Un jour cependant l'angoisse prit de pires proportions ; je fus mandé en toute hâte, et, en présence de symptômes si menaçants, je fis appel au conseil de Follin. Celui-ci pratiqua séance tenante le cathétérisme de l'œsophage et mit fin à ce grave incident. L'opération fut répétée à plusieurs reprises, et, après deux ou trois semaines de traitement, le malade put reprendre ses habitudes de nourriture, non sans des précautions soigneuses qu'il a continué depuis.

« Une nouvelle plaque de pemphigus s'est produite sur la paupière inférieure droite, avec des lésions jusqu'ici moins inquiétantes. L'angine reparaît, à de rares intervalles, avec ses caractères accoutumés. Si, au lieu de tenir compte de l'ensemble des phénomènes morbides, on voulait encore actuellement décider d'emblée de la nature de l'éruption angineuse, on serait dans un grand embarras.

« J'ajouterai que le malade est indemne de tout antécédent syphilitique, que l'éruption ne s'est, dans aucun temps, propagée au delà du nez, de la bouche, des yeux et des narines, qu'une seule fois j'ai été à même de

constater l'cxistence d'une bulle remplie de sérosité opaline sur le pharynx, et qu'enfin toutes les médications générales ou topiques ont été également impuissantes.

« Dans des cas plus fréquents, l'éruption bulleuse, dispersée sur la surface de la peau, se porte incidemment sur la membrane muqueuse. Là encore elle obéit aux lois qui régissent les exanthèmes, et la guérison est plus prompte que celle du pemphigus qui occupe l'enveloppe cutanée. »

En Allemagne, la question ne remonte qu'à l'intéressante communication de Bœrensprung[1]. Ses malades étaient atteints de pemphigus sur le revêtement cutané. Du côté de la gorge, il y avait des plaques où la muqueuse paraissait tuméfiée et où l'épithélium semblait se soulever sous la forme de bulle. Hébra a signalé des faits semblables dans la *Specielle Pathologie* de Virchow en 1865.

II. — *L'urticaire gutturale* a suscité beaucoup moins de travaux et son existence est restée problématique. Cependant Bazin a décrit sous ce nom un gonflement œdémateux aigu de la gorge qui ne tardait pas à disparaître et dont l'allure clinique serait celle de l'affection décrite un peu plus tard par Courtois-Suffit. Sous ce nom d'urticaire gutturale, Lasègue comprend une détermination pharyngée toute autre, caractérisée par son extrême sécheresse et par de la rougeur. Celle-ci surviendrait lorsque l'affection est due à l'ingestion de substances alimentaires nocives. Il rappelle que la première sensation éprouvée par les malades « est celle d'une chaleur brûlante de la gorge qui devient chaude au toucher,

1. *Charité Annalen*, 1862.

d'un rouge ardent. La déglutition est modérément douloureuse comme au début des angines catarrhales aiguës. C'est plus tard que les troubles gastriques interviennent ». L'auteur suppose, ce qui est un peu aventuré, que le processus se propage rapidement à l'œsophage, à l'estomac et à l'intestin et qu'alors seulement éclatent les troubles digestifs bien connus. Il est au contraire plus probable que les toxines résorbées amènent sur les muqueuses des diverses cavités digestives une perturbation congestive presque simultanée. Cependant, il est vrai de dire que, pour la tête du moins, l'hypérémie envahit successivement les régions voisines. « Elle gagne ainsi les yeux, le nez, descend jusqu'au larynx ; elle s'étend par une exception apparente que justifie l'acuité de la maladie à toute la cavité buccale et jusqu'aux lèvres qui sont chaudes et boursouflées. La langue participe à l'urticaire ; elle est sèche, rude et semble au malade s'être épaissie ». Voici quelle serait l'évolution du mal. « Il résulte de cette fluxion en masse une sensation extrêmement pénible accompagnée d'angoisse et d'oppression. Dans certains cas, la dyspnée est telle qu'elle fait oublier les autres phénomènes.

« Au bout de quelques heures, rarement plus tôt, dans l'espèce type que j'indique, les accidents gastriques se produisent et l'éruption cutanée ne vient qu'en dernier lieu. A première vue, l'urticaire buccale et pharyngienne diffère à peine de la scarlatine; mais, outre que la succession des symptômes n'autorise pas de doutes, l'urticaire de la membrane muqueuse conserve là, comme à la peau, sa nature spécifique. De même que l'épiderme ne se détache pas à la suite de l'exanthème ortié si violent qu'il soit, de même l'épithélium n'est pas soulevé

sur la membrane muqueuse. Aussi ne voit-on jamais ni plaques blanchâtres, ni pseudo-diphtérie. L'exanthème une fois disparu, et il est fugace, n'entraîne aucune affection secondaire ». Il y aurait aussi chez les très jeunes sujets une urticaire gutturale de dentition, très semblable à celle produite par les aliments irritants. « Chez les enfants à la mamelle, la dentition est souvent l'occasion d'une ou de plusieurs poussées d'une fluxion buccopharyngienne, qui me paraît avoir la plus grande analogie avec l'éruption ortiée. L'irritation qui débute par la gencive se propage à l'arrière-gorge, qui est sèche et rouge, bien qu'elle soit si amplement lubréfiée dans la première enfance. On trouve là l'équivalent de ce qu'on observe à la peau, quand une plaie irritée, une ulcération enflammée deviennent le point de départ de l'urticaire cutanée.

« L'érythème, qui succède à la dentition, s'étend dans les mêmes proportions que l'urticaire ; il affecte le nez, le larynx, en amenant de la toux et de la raucité de la voix. Comme l'urticaire, il pénètre probablement jusqu'à l'estomac et en troublant la première digestion, il cause ou des vomissements ou de la diarrhée : peut-être a-t-il, de plus, sans doute à cause des prédispositions qui relèvent de l'âge du sujet, de la tendance à s'étendre par le larynx vers la trachée et les bronches, en donnant lieu à une sécrétion bronchique de même origine que la sécrétion intestinale.

« Un certain nombre *d'érythèmes toxiques* de la gorge pourraient être classés sous la même rubrique, non qu'on puisse en affirmer la nature, mais parce que leur évolution est celle de l'urticaire ».

III. — Lasègue a admis l'existence d'une *acné* guttu-

rale[1]. Cette idée n'était pas entièrement nouvelle. Worms avait déjà soutenu en 1862, que les prétendues pustules d'aphtes renfermaient en réalité une matière sébacée. Mais, avec Lasègue, l'hypothèse prend une autre direction ; il semble que cet auteur ait eu en vue certaines hypertrophies de follicules clos isolés du pharynx, certaines lésions aussi des cryptes amygdaliennes renfermant un enduit caséeux, auxquels il a prêté une origine et une signification erronées. Il y a du reste place à la discussion, et on ne peut s'empêcher de remarquer une assez étroite ressemblance entre le type morbide créé par Lasègue et le cas de pseudo-herpès du pharynx. publié par Fischer en 1884, dans le *Berliner klinische Wochenschrift*. En débutant, Lasègue s'efforce de démontrer qu'il existe une certaine analogie entre les glandes agminées du pharynx et les glandes sébacées de la peau[2]. Robin admettait que la muqueuse digestive jusqu'au cardia dérivait de l'invagination du feuillet externe au niveau de la bouche ; l'hypothèse n'avait donc alors rien d'extraordinaire ; d'ailleurs, faute de technique suffisante, la structure des glandes de cette région était encore fort mal connue. L'auteur reproche aux dermatologistes leur timidité. « Les médecins qui ont traité des maladies

1. Il y a des glandes sébacées, suivant Pillet, chez les reptiles, mais cela cesse d'être exact pour les mammifères.

2. Biett (*Dictionnaire en 40 volumes*, article Acné) dit que, dans ses formes graves et généralisées, l'acné ne respecte pas les muqueuses. « Lorsque l'acné est parvenue à ce degré d'intensité, les membranes muqueuses voisines prennent bientôt part à cette irritation si vive. Les conjonctives s'enflamment, les gencives deviennent douloureuses, se tuméfient, les dents s'ébranlent ». Mais il ne s'agit probablement pas, dans les cas qu'il signale, de l'acné véritable, mais d'une septicémie pustuleuse de la peau, plus ou moins analogue à la maladie de Colles. Or, ces infections pyogènes généralisées du revêtement muqueux s'accompagnent parfois de déterminations buccales et même pharyngées.

de la peau ont limité outre mesure le sujet de leurs études ; il semble qu'au lieu d'en agrandir le champ, ils aient voulu le restreindre au profit des détails et au détriment de la pathologie. Il en est résulté que les espèces dermatologiques, classées à la façon des végétaux, sont devenues comme autant d'affections parasitaires ayant leur vie propre, leurs caractères absolus et jusqu'à leur habitat. C'est ainsi que l'acné a été étudiée spécialement dans certaines régions, et que son siège est presque devenu un moyen de diagnostic ». Voici la définition qu'il donne de l'acné gutturale : « J'appelle acné de la gorge une maladie constituée par des lésions identiques, quant à leur nature, leurs symptômes et leur évolution, à l'acné cutanée proprement dite, ayant pour siège les glandes mucipares, comme l'acné a pour siège les glandes sébacées ; caractérisée, sauf les différences physiologiques et les variétés de sécrétion, par des lésions du même ordre dans des appareils glandulaires qui ont une même structure ».

Il distingue trois formes principales l'acné simple, l'acné pustuleuse et l'acné indurée.

« 1° *L'acné simple*. Elle occupe à peu près exclusivement le segment sous-amygdalien de la membrane muqueuse ; elle se propage à quelques-unes des glandes de l'amygdale, des piliers antérieurs et même du pharynx, mais là n'est pas son foyer principal.

« Comme les pustules se développent peu à peu et qu'elles ne font pas explosion à la manière de l'herpès, on en trouve toujours à des périodes différentes de leur évolution et on peut ainsi s'assurer de leur processus. A la première apparition, petites élevures rouges, papuleuses, qu'on distingue avec peine ; plus tard, pustules

rarement acuminées, le plus souvent arrondies, remplies de pus ou de matière jaunâtre et recouvertes par un épithélium assez résistant pour qu'on ne puisse pas le rompre en passant à la surface un pinceau de ouate; plus tard encore rupture de la pustule, petite ulcération de très courte durée et qui guérit d'elle-même. La membrane muqueuse environnante est rouge, très lubréfiée par le mucus qu'elle sécrète en excès, probablement sous l'influence de cette légère irritation.

« Les malades n'ont pas conscience de l'acné réduite à ces proportions, et cependant quelques sensations incommodes mettent le médecin sur la voie de la lésion. Lorsque, après avoir constaté le fait, on interroge les malades, ils sont beaucoup plus explicites. Je ne multiplierai pas les exemples quoiqu'ils ne soient pas rares, je me bornerai à rapporter deux observations qui résumeront les symptômes, mieux que ne pourrait le faire une plus longue description.

« C..., domestique, 35 ans, d'une constitution robuste, se plaint de tousser depuis près de huit mois. Les remèdes qu'il a pris et qui ont été tous des calmants n'ont pas amené d'amélioration. La toux est surtout fréquente la nuit, elle est sèche, vibrante et préparée par un chatouillement incommode. L'examen stéthoscopique ne révèle aucune lésion, il n'existe pas de râles, la respiration est ample et normale. Jamais il n'y a eu d'enrouement, le timbre de la voix qui est clair n'a pas changé. La santé générale est parfaite, pas d'amaigrissement, un peu moins d'appétit, la langue un peu sale à la base, nette dans son tiers antérieur.

« C... n'a pas eu de maladie cutanée, il porte seulement au front quelques pustules d'acné sans vive réaction, sans

aréole inflammatoire et qui se dessèchent d'elles-mêmes.

« L'absence de râles bronchiques, l'intégrité des fonctions du larynx, le chatouillement, le timbre et l'intermittence de la toux devaient faire supposer une affection gutturale. A première vue, le pharynx et la gorge sont indemnes, la membrane muqueuse a sa coloration habituelle; le malade n'éprouve pas de gêne dans la déglutition, et cependant, en le pressant de questions, il se rappelle avoir de temps en temps un peu de peine à avaler sa salive, mais c'est une incommodité si légère et si fugace qu'il n'aurait pas songé à la mentionner.

« En abaissant la langue, on aperçoit, des deux côtés, mais surtout à gauche, au-dessous de l'amygdale, un nid de pustules acnéiques à des phases plus ou moins avancées de leur évolution. Les plus grosses ont à peine le volume d'un grain de chenevis, elles sont d'un blanc jaunâtre ; avec une pointe effilée, on crève les plus volumineuses et on en extrait une matière blanchâtre, granuleuse, onctueuse quand on la presse entre les ongles et les deux pouces.

« La marche de cette petite maladie a été celle de l'acné simple de la face ; amélioration, récidives faciles, sans relation avec l'état général. Le traitement a été conforme aux données sur lesquelles j'insisterai plus loin.

« L'autre malade se présentait dans des conditions de santé beaucoup plus complexes, et l'angine n'était pour lui qu'un incident insignifiant dans l'ensemble de ses souffrances.

« C'est un homme jeune aussi, trente-huit ans, habitant le nord de l'Europe et venu à Paris pour suivre un traitement régulier. Sa maladie, dont je ne puis retracer ici la longue observation, rentre dans le cadre des ataxies

incomplètes et elle a été sinon provoquée, au moins aggravée notablement par des chagrins violents et prolongés. Le mal a débuté par un strabisme et de la parésie de la paupière droite. Les accidents oculaires ont guéri ; six mois plus tard sont survenues les douleurs de constriction au pourtour du tronc, la faiblesse des jambes, l'engourdissement sans anesthésie du membre inférieur droit. La maladie principale est en voie d'amélioration manifeste et presque rapide. Il m'a paru nécessaire de résumer succinctement ces quelques données plus que concises pour faire connaître le terrain pathologique où s'était développée l'affection locale.

« Parmi les symptômes que j'avais à constater, la plupart rentraient dans les habitudes de ces grandes perturbations ; deux seulement constituaient une exception et ne paraissaient pas liés à la maladie du système nerveux. C'était, d'une part, la toux et, de l'autre, une répugnance intermittente pour les aliments. La poitrine examinée avec soin fonctionnait parfaitement[1]. La toux était sèche, saccadée, fréquente, revenant par petites quintes ou par accès plus intenses avec un peu de suffocation, comme si le malade avalait de travers ; jamais d'expectoration, jamais d'enrouement, la voix naturellement métallique avait même un éclat exagéré. Les quintes de toux avaient lieu au hasard, sans périodicité nocturne ; elles dataient de trois à quatre mois, n'avaient pas toujours une égale fréquence et semblaient procéder par une recrudescences d'une durée de quelques semaines. La langue était souvent blanche,

1. Les toux pharyngiennes, liées à un processus chronique quelconque, soulèvent souvent des craintes de tuberculose. De là, la nécessité d'un examen par un spécialiste.

surtout le matin. L'anorexie ou plutôt le dégoût nauséeux ne répondait pas à l'état de la langue ou à celui de l'estomac exempt de troubles fonctionnels. Elle avait été provoquée par l'administration abusive du chlorhydrate d'ammoniaque à l'intérieur; je sais qu'elle fut heureusement combattue par l'usage du chloroforme à l'intérieur ; mais je ne saurais donner de cette sensation de nausée, qui à la longue avait produit l'amaigrissement par suite de l'alimentation insuffisante, une explication plausible. Quant à la toux, j'hésitai longtemps avant de me décider à la considérer comme dépendant d'une affection toute locale.

« Le malade très intelligent, habitué, par la chronicité de son malaise, à l'observation de lui-même, déclarait que chaque quinte était annoncée par un chatouillement de toute la gorge. La titillation avait souvent lieu à un faible degré et alors ou il cherchait à se détourner l'attention, ou il réussissait à la modérer par un hem, par l'ingestion d'une gorgée d'eau froide; si elle était plus vive, il faisait effort pour reculer la quinte sans réussir à la supprimer.

« L'inspection attentive de la gorge me permit de reconnaître une acné identique à celle que je viens de décrire ; je me résignai donc à rester spectateur inactif. J'assistai ainsi à toutes les variations du mal local, et je pus constater directement que la fréquence de la toux était en proportion avec l'abondance de l'éruption et la rougeur de la muqueuse sous-amygdalienne. Une seule fois, il se produisit une pustule dans l'amygdale elle-même, et une autre fois à la partie moyenne du pilier antérieur. La maladie dure depuis trois mois avec des rémissions, mais aucun indice ne me donne à croire qu'elle tende à une guérison spontanée.

« Ces deux observations, dont on ne saurait méconnaître l'intérêt, donnent une notion suffisante de la symptomatologie. La réaction est nulle ou insignifiante. L'éruption a un siège de prédilection, elle s'accompagne de pus, de gêne locale et n'entraîne jamais de douleurs vives ; elle a, pour signes physiologiques, un chatouillement ou une sensation particulière que les malades ne réussissent pas à mieux définir, une toux sèche, vibrante, assez semblable à la toux laryngée, mais sans aucun des autres indices d'une laryngite chronique.

« Dans ces deux cas, la toux avait une continuité et une intensité qui représentent les degrés extrêmes ; le chatouillement peut exister seul ou avec une toux beaucoup moins fréquente et moins incommode. Il est même probable que la toux et le chatouillement ne sont pas des conséquences indipensables de l'acné ; mais, à défaut de ces symptômes et en l'absence d'autres signes subjectifs, l'éruption doit passer inapercue.

« 2° *Acné pustuleuse.* — Tandis que dans l'acné simple on observe à la fois au moins de huit à dix pustules de chaque côté de l'isthme du gosier, dans l'acné que j'appelle pustuleuse, on rencontre rarement plus de deux ou trois glandes sécrétantes affectées en même temps. Les amygdales semblent plus souvent le siège de la lésion ; mais quand on prend la peine d'examiner profondément les parties voisines, on s'aperçoit bien vite que la membrane muqueuse du pourtour est atteinte presque aussi fréquemment.

« Les pustules sont notablement plus volumineuses et ont une marche qui les rapproche davantage des phlegmasies limitées. La maladie dure des années avec des rémissions ou des suspensions ; et une fois averti, on peut

aisément, en répétant l'examen, être témoin de l'évolution.

« La première manifestation est une sorte de papule assez large, faisant saillie sous les doigts, et, dès son apparition, contenant une certaine quantité de matière jaunâtre qu'on aperçoit plus ou moins distinctement. La pression n'est pas douloureuse, les mouvements étendus et saccadés de la gorge semblent seuls éveiller un peu de douleur passagère. Dans l'espace de plusieurs jours au moins et quelquefois de plusieurs semaines, la pustule, qui a en moyenne le volume apparent d'un très petit pois, jaunit de plus en plus. S'il survient une légère souffrance, elle est ressentie au moment où la glande est distendue par l'excès de la sécrétion plutôt qu'au début.

« Lorsque deux ou trois pustules se développent du même côté, la réunion de ces petites douleurs devient moins tolérable. La membrane muqueuse est alors congestionnée et il se forme une aréole inflammatoire autour de chaque foyer, sans fièvre, sans malaise général significatif.

« Même réduite à ces proportions, l'acné pustuleuse est, par la continuité de la sensation qu'elle provoque, fatigante ou plutôt agaçante pour les malades qu'elle tient en éveil ; mais elle est surtout pénible par les indipositions qui la compliquent. La toux est moins fréquente que dans la forme précédente, mais la déglutition est plus laborieuse. Il survient en outre, pendant les périodes d'acuité, un enrouement passager, mais peu compatible avec certaines professions. L'expectoration n'est pas augmentée.

« L'acné pustuleuse se présente à la gorge comme à la

peau dans des conditions assez différentes ; ou elle est un incident, ou elle constitue une habitude. Dans le premier cas, la maladie ne vaut même pas la peine d'être mentionnée ; dans le second, son incommodité répond à la fréquence des accès, et chez certains individus elle constitue une affection d'une singulière ténacité. J'ai vu des malades qui, pendant des années, ne passaient pas huit jours sans avoir une ou deux pustules en voie de développement.

« Un avocat, âgé de soixante ans, m'a fourni l'exemple le plus saillant que j'aie rencontré. Depuis l'âge de trente ans, il avait souffert presque sans interruption et avait dû renoncer à parler en public. L'ensemble de sa santé se rapportait d'ailleurs au type des acnéiques invétérés, que l'âge ne délivre jamais et n'améliore même pas. La face était le siège de pustules d'acné à forme tuberculeuse, qui se succédaient également, avec une moindre continuité. La répétition des accidents de la gorge avait fini par entretenir une préoccupation hypocondriaque, et par amener cette inquiétude vague et attristée, qui coïncide si souvent avec le tempérament qu'on pourrait appeler acnéique.

« La matière contenue dans les pustules est d'une épaisseur variable, en général, analogue à celle que renferment les pustules d'acné à la face, au moins quant à sa consistance. Si l'évolution de la pustule est rapide, le pus est comme caséeux ; si au contraire elle est lente, presque nulle la sécrétion devient de plus en plus solide à mesure qu'elle séjourne davantage dans la glande. L'expulsion se fait alors comme celle d'un corps étranger par une inflammation éliminatrice qui dure un ou deux jours et détache la matière concrète.

« Les calculs crayeux[1], qui se forment dans la gorge, se produisent quelquefois dans une ou plusieurs de ces pustules, mais ils prennent plus habituellement naissance dans les cryptes des amygdales, où s'accumulent également les noyaux de matière blanchâtre, onctueuse et souvent fétide qu'on a tant d'occasions d'observer. Je me bornerai ici à résumer une observation intéressante rapportée par Guéneau de Mussy.

« Le docteur N..., âgé de 32 ans, fils d'une mère arthritique, a été lui-même sujet à quelques douleurs articulaires. Vers la fin de l'hiver de 1850-51, il fut pris d'une toux qui lui paraissait provoquée par une irritation de la glotte, et qui disparut sous l'influence de gargarismes. Au mois d'avril 1851, il éprouva une sensation de sécheresse dans le pharynx, accompagnée du besoin de ramener quelque chose au dehors, et il rejeta pour la première fois une concrétion venant de la gorge. Divers événements de santé se succédèrent en distrayant son attention : ce fut d'abord une affection furonculaire généralisée; plus tard, une angine inflammatoire survenue pendant que le médecin donnait des soins à un enfant atteint d'angine maligne; une atteinte de choléra, et enfin des symptômes qui firent craindre l'imminence d'une tuberculisation pulmonaire.

« Le malade se décida à aller habiter le Midi. Ses forces revinrent, sa santé fut améliorée, mais il continua à expectorer des concrétions. Il évalue à la capacité d'une cuiller à café la quantité qu'il en a rejetée depuis quatre ans. En général, il en rend une ou deux tous les dix jours; il a été quelquefois six semaines sans en voir paraître.

1. **Actuellement angine cryptaire ou lacunaire calculeuse.**

« La consistance et le point d'origine des concrétions sont variables. Elles sont tantôt calculeuses, tantôt plus molles, sans odeur, verdâtres, et brunissant à l'air. La plupart viennent des lacunes tonsillaires, au dire du malade, qui n'a pu s'en rendre qu'un compte imparfait; tantôt des glandules pharyngiennes, au milieu desquelles elles commencent à faire saillie sous forme d'un point jaunâtre, avant de se détacher. Quand elles sont rejetées au dehors, elles laissent au centre des glandules une dépression qui marque la place qu'elles occupaient. Elles contiennent, outre une certaine proportion de matière organique, du phosphate et du carbonate de chaux.

« Au moment de l'examen, Guéneau de Mussy constate sur la région inférieure du pharynx une saillie grosse comme un pois avec une tache blanche qui, suivant le malade, est une concrétion.

« Sous l'influence des Eaux-Bonnes, l'état de la poitrine fut très amendé; l'appétit revint, et avec, l'embonpoint. Il n'est pas dit ce qu'est devenue l'affection du pharynx.

« 3° *Acné indurée.* — Cette dénomination ne saurait être admise qu'à titre provisoire; mais quelque défectueux que soit le nom, il servira à distinguer une forme curieuse de la maladie.

« Jusqu'ici l'acné était caractérisée par une sécrétion pathologique et par une phlegmasie passagère de la glande, reconnaissable à la rougeur du pourtour ou à un sentiment de tension douloureuse. Le contenu altéré, une fois évacué, il restait une ulcération de très courte durée en rapport avec la quantité du produit sécrété et, au bout de deux jours au plus, on ne retrouvait, en examinant les amygdales, aucune trace de la lésion

« Dans l'acné que j'appelle indurée, l'inflammation de la glande est d'une autre nature ou plutôt elle accomplit une évolution plus complète. Il se dépose, en effet, dans les parois, un produit plastique reconnaissable, tant que la pustule est intacte, à la résistance cornée qu'on éprouve en passant le doigt sur les granulations purulentes. Lorsque la pustule est évacuée, l'évacuation se fait par le moyen ordinaire d'une petite phlegmasie ; les parois de la glande entr'ouverte restent béantes pendant plusieurs jours. On dirait alors une série de petites grenades déchiquetées, blanches, rugueuses sous le doigt. Les pustules sont d'un égal volume, petites, difficiles à rompre et de la grosseur d'un grain de semoule. Elles sont plus ou moins disséminées et occupent, dans les cas de confluence extrême, la presque totalité de la gorge. Il est rare qu'on en trouve moins d'une vingtaine à la fois.

« L'éruption a lieu par poussées successives; je ne saurais mieux la comparer, pour sa marche et son aspect, qu'à certaines acnés juvéniles du front. Lorsque la poussée se fait, elle s'accompagne d'une rougeur peu vive, avec sensation de sécheresse, et, le plus habituellement, elle entraîne une certaine raucité de la voix. Les accès se répètent à intervalles rapprochés et la maladie se prolonge pendant une période d'au moins plusieurs mois.

« Je n'ai observé cette affection, plus rare que les précédentes, que chez des sujets jeunes, déjà éprouvés par des angines d'un autre ordre et ayant conservé une grande susceptibilité de la gorge.

« L'observation suivante représente le type de l'acné indurée la plus intense que j'aie eu l'occasion de traiter.

« Mlle X..., dix-huit ans, d'une santé parfaite, sans

constitution diathésique appréciable, sauf quelques tendances hystériques, s'aperçoit en avril 1864, pendant la période des règles, qu'elle chante plus difficilement : la bouche se sèche, la respiration est gênée, pendant le chant, par l'obligation de déglutir la salive à l'aide d'une vive contraction répétée plusieurs fois ; pas de douleur proprement dite à la déglutition.

« Au bout de peu de jours, la voix elle-même se voile à la fin des leçons et des exercices vocaux ; elle devient sourde ou même rauque, et la raucité persiste pendant plusieurs heures. Le trouble des fonctions laryngées est seul incommode ; il y a cependant un peu de malaise indistinct, de la chaleur, le soir ; la langue est râpeuse, d'un rose jaunâtre. Il survient de la soif, ou tout au moins de l'impossibilité de manger sans boire beaucoup plus que de coutume.

« A l'inspection de la gorge, amygdales très saillantes détachées des piliers, creusées par des excavations qui répondent à de nombreuses angines éruptives aiguës que la malade a subies dans son enfance, et qui ont été à plusieurs reprises d'une acuité presque exceptionnelle.

« A l'orifice des follicules qui paraissent béants et comme infundibuliformes, on aperçoit une matière blanche qui semble faire saillie. En essayant d'absterger l'arrière-gorge avec un plumasseau d'ouate, on n'en détache pas un seul fragment ; l'introductiou d'un stylet cannelé ne donne pas plus de résultats. Il faut contourner les bords des orifices et énucléer pour ainsi dire le produit qn'on n'extrait ainsi que très imparfaitement ; la meilleure partie reste adhérente aux bords libres et on ne peut l'extirper qu'avec des pinces fines, en l'arrachant avec un certain effort. Peu ou pas de rougeur.

« Le surlendemain, l'aspect des amygdales est bizarre ; on dirait une masse de petits calculs acuminés et faisant saillie au dehors des orifices glanduleux; en réalité, les points blancs n'ont qu'une consistance comme cartilagineuse et ne s'enlèvent pas. Gargarismes, cautérisations avec la teinture d'iode pure.

« Peu à peu, mais dans l'espace de plus d'un mois, les orifices tendent à se refermer. Les saillies sont moins nombreuses et moins visibles, et l'éruption ressemble à l'herpès des amygdales, à sa période de déclin.

« Le repos absolu du chant a été exigé et observé. La voix est redevenue normale.

« Le 8 juin 1864, à la suite des règles qui sont venues régulièrement, la jeune fille se plaint de nouveau d'anorexie; la langue est salie, la soif est revenue très intense pendant les repas et même en dehors des repas.

« Comme elle est sujette à des gastralgies qui se sont développées sous l'influence d'une chlorose incomplète, la malade croit qu'elle est encore souffrante d'une de ces indispositions habituelles, et, n'éprouvant aucune incommodité de la gorge, elle ne songe pas à l'examiner.

« Le 11, le malaise ayant augmenté, je suis appelé. La bouche est humide, la langue étalée, mais jaunâtre. L'examen de l'arrière-gorge montre une nouvelle éruption identique à la première, mais, cette fois, ayant son maximum de confluence sur les piliers postérieurs et s'étendant jusque sur le pharynx, qui est en outre granuleux. Très peu de rougeur.

« Le sommeil est troublé. Un peu de fièvre, le soir. Purgatif, retour aux cautérisations.

« Le 14, l'éruption n'a pas varié ; les taches blanchâtres de la grosseur d'un grain de millet au plus, à bords

déchiquetés sur les amygdales, parfaitement pustuleuses sur les piliers, ont exactement les mêmes caractères et ne se détachent pas plus aisément.

« Depuis le matin, et bien que la malade n'ait pas essayé de chanter, la voix est rauque ; pas de toux, de la fatigue. Vomitif. Constipation depuis deux jours.

« Le 16, l'éruption a disparu.

« Le 18, recrudescence ; les boutons sont plus nombreux, plus rapprochés, et beaucoup se sont fermés sur des points où il n'en existait pas quelques jours auparavant, en particulier sur le pilier antérieur droit. Pas de rougeur, pas de gonflement des amygdales. Langue plus nette Appétit meilleur.

« La crise se termine comme les précédentes ; elle est suivie d'autres poussées moins intenses fréquemment renouvelées, et j'ai encore l'occasion, au mois d'octobre 1864, de constater une éruption confluente de plus courte durée. La malade a pris l'habitude d'employer un traitement actif dès qu'elle sent les premiers signes de l'invasion qu'elle constate elle-même par l'examen direct.

« Je n'aurais pas décrit cette forme d'acné dépourvue de gravité, si je n'étais convaincu que l'on ne saurait apporter une trop minutieuse attention aux détails, quand il s'agit d'affections non encore étudiées. Il n'est pas d'ailleurs sans intérêt de voir, dans des organes glanduleux. l'inflammation suivre différents processus et se terminer par une exsudation fibro-plastique, avec épaississement des parois. »

II. — TUMEURS DU PHARYNX

Avant-propos. — Ceux qui savent combien sont peu fréquents les néoplasmes du pharynx si on les compare aux autres affections de cette cavité [1], combien sont récentes [2] aussi les notions véritablement scientifiques que nous possédons sur le sujet, seront portés à considérer la substance de ce chapitre comme une sorte de *caput mortuum* constitué par des faits peu nombreux, d'une interprétation difficile, et dont il serait malaisé de tirer quelque chose de précis. Mais ces craintes ne sont justifiées que pour la première moitié du XIXe siècle. A partir de 1850 les progrès de l'histologie ont été si rapides [3] que les matériaux recueillis deviennent désormais utilisables, et, bien que leur fréquence n'ait, bien entendu, point augmenté, le nombre des observateurs attentifs s'étant singulièrement multiplié par contre, aucun fait véritablement important n'a échappé pour ainsi

1. Cette rareté n'est pas naturellement la même pour les différentes variétés de tumeurs. Ainsi, pour le voile, par exemple, le papillome est assez fréquent; la tumeur mixte l'est beaucoup moins ; les fibromes, les lipomes, les kystes dermoïdes sont tout à fait exceptionnels.

2. Ceci ne s'applique pas, bien entendu, aux fibromes naso-pharyngiens et aux cancers secondaires propagés du voisinage.

3. En France notamment la pratique du microscope, depuis quelque temps en usage en Allemagne, se généralise à l'arrivée de Lebert à Paris, vers 1849. Ses disciples principaux furent Robin, Verneuil et Follin. L'influence de l'histologiste allemand fut très grande et assez heureuse, malgré ses conceptions erronées sur la spécificité cellulaire des tumeurs. On sait qu'il admettait des globules tuberculeux, gommeux, cancéreux, etc., facilement reconnaissables à leur forme et absolument spécifiques, hypothèse qui fut bientôt rejetée, notamment par Wirchow.

dire. D'un autre côté, grâce au perfectionnement des méthodes opératoires, de l'introduction de l'antisepsie et de l'anesthésie générale, des chirurgiens hardis ont créé des procédés dits d'accès, permettant de s'attaquer avec des chances sérieuses de réussite à ces tumeurs que leur situation semblait rendre inaccessibles à toute intervention sanglante, de telle sorte, qu'elles ont cessé d'être de simples curiosités anatomo-pathologiques. Les monographies parues tardivement, il est vrai, sur la question, telles que les thèses de Fano, de Python, de Passaquay, etc., les articles beaucoup plus sommaires des traités de chirurgie et des dictionnaires de médecine mirent un peu d'ordre dans les richesses déjà assez abondantes sur le sujet contenues dans la littérature médicale des deux premiers tiers du XIXe siècle. Nous trouvons déjà adoptée d'une façon souvent assez explicite une répartition des faits en trois grandes sections, basée sur la topographie, suivant que ceux-ci se rapportent au voile, à l'amygdale ou au pharynx proprement dit. A propos de ce dernier, une subdivision toute naturelle sera plus tard celle qui comprend les néoplasmes du cavum.

Nous avons décrit d'autre part, pour des motifs historiques et didactiques, l'hypertrophie de l'amygdale palatine, étudiée dans le chapitre des angines chroniques, et les végétations adénoïdes, de connaissance alors toute récente et dont nous parlerons à propos des découvertes importantes amenées par les nouvelles méthodes d'examen (rhinoscopie postérieure), qui apparaissent vers 1860. Bien entendu, nous distinguerons, dans chacune des trois grandes classes mentionnées plus haut, les néoplasmes bénins de ceux de nature maligne, tout en avertissant qu'ici, plus qu'ailleurs peut-être, le diagnostic diffé-

rentiel est resté souvent bien incertain, à cause des particularités fréquemment anormales et l'évolution remarquablement lente.

I. — TUMEURS DU VOILE

Coup d'œil général. — Jusqu'en 1837 on ne connaissait dans cette région que des cancers[1] ou des lésions syphilitiques dont parfois on avait observé le stade tumeur bien que, le plus souvent, on ne fut témoin que du stade ulcéreux. Mais, à cette date, Nélaton rencontre, chez une religieuse qui lui est amenée par Récamier, le premier exemple de ces néoplasmes mixtes du voile, à structure si polymorphe et si décevante, sur la véritable signification desquels on discute encore, et qui constituent en somme les plus fréquentes des tumeurs staphyliennes. En l'absence

1. Boyer passe pour avoir entrevu le premier les tumeurs mixtes du voile; mais le passage suivant montre qu'il n'a en vue que des tumeurs cancéreuses à marche lente. « Il se développe quelquefois dans la luette une tumeur dure, squirrheuse, qui, abandonnée à elle-même prend un accroissement considérable et dégénère en cancer. Lorsque cette tumeur est récente, peu volnmineuse, et que ses limites sont bien tracées, on doit l'emporter ou avec des ciseaux, ou avec le bistouri dont on se sert pour retrancher une portion des amygdales. Mais lorsqu'elle est ancienne, très grosse, inégale, livide, contournée de veines variqueuses et que ses limites sont indéterminées, on doit imiter la circonspection de Fabrice de Hilden, qui, dans deux cas de cette espèce, refusa de toucher à la maladie et se contenta de prescrire un régime convenable et des remèdes palliatifs ». Ajoutons qu'avant Boyer, Anselin avait consacré nn chapitre de son *Traité des maladies de la bouche* aux tumeurs palato-staphyliennes.

de tout document sur le sujet, ce grand chirurgien conclut d'abord au cancer, bien qu'il fût frappé par les caractères insolites du mal. Devant la facilité d'énucléation, il réforma son diagnostic et conclut à une production bénigne. Aucun type clinique ne se dégageait de ces observations restées, il faut bien le dire, presque inconnues, de telle sorte que, lorsque Vidal de Cassis fit, en 1844, connaître à la Société de chirurgie[1] un nouveau cas de tumeur mixte de la voûte palatine, aucun des membres n'osa se prononcer sur la nature du dit néoplasme, bien que, dans le doute, ils en conseillèrent tous l'ablation. La tumeur fut enlevée et leur fut soumise à nouveau sans qu'ils se montrassent plus affirmatifs. Ce fut Nélaton en somme qui arriva à résoudre le problème, grâce à un second fait qui se présenta peu après à son observation et qui fut la répétitionexacte de celui mentionné plus haut. Aussi se crut-il autorisé à réclamer la priorité[2], quand Michon, en 1851,

1. Il s'agissait d'un marchand de bois, âgé de quarante-quatre ans, qui, en 1832, constata dans sa bouche l'existence d'une tumeur grosse comme une noisette située primitivement au niveau de la voûte palatine, mais qui ne tarda pas à envahir le voile. Plusieurs incisions pratiquées par un médecin ne mirent nullement obstacle au développement du néoplasme. Quatre ans après, il occupait la voûte palatine directement dans toute son étendue. En avant, il avait même tendance à déjeter les dents molaires. Pour la forme, il ressemblait à un cœur à pointe dirigée en avant et à base regardant la luette. Le côté droit de la tumeur était plus développé que le gauche. Un peu plus consistante qu'une loupe, elle n'était pas fluctuante. Alimentation difficile. Fosses nasales libres. Pas de souffrances, bonne santé générale. Vidal présente le malade à la Société de chirurgie en 1844. On considéra la tumeur comme fibreuse et on conseilla l'opération. Vidal exécuta celle-ci le 27 juillet de la même année. Il commença l'énucléation avec le bistouri, mais une forte hémorrhagie le força d'adopter un procédé moins régulier mais plus expéditif ; il énucléa la masse morbide avec le doigt et pour arrêter la perte de sang cautérisa avec un fer rouge. Cicatrisation des plus promptes. Il n'y avait aucune récidive huit ans après l'intervention.

2. La discussion fut assez vive, parce que Michon taisait le nom de son devancier. Or Nélaton lui fit remarquer qu'il l'avait entendu lui-même

communiqua à la Société de chirurgie un cas qui est resté célèbre ; il fixa pour la première fois sur le sujet l'attention des contemporains. Il faut dire que le moment était en quelque sorte bien choisi pour une publication de ce genre ; l'illustre anatomo-pathologiste Lebert, fixé alors en France, venait de faire connaître les adénomes mammaires. La tumeur de Michon, examinée par Robin et Denucé, cadrait exactement par sa structure avec les descriptions de la nouvelle variété de néoplasme. Velpeau, Laugier, Letenneur, Félizet, etc. firent connaître bientôt de nouveaux cas, et ces tumeurs mixtes furent bientôt d'autant mieux connues que, sans compter une clinique importante de Nélaton, elles furent l'objet de deux monographies importantes, celle de Fano et de Python ; plus tard, en 1880, Ott revint sur le sujet.

Les papillomes eux aussi commencèrent à fixer l'attention. Des tumeurs d'origine syphilitique (plaques muqueuses hypertrophiées, gommes) furent publiées de temps à autre ; nous nous en sommes déjà occupés dans un autre paragraphe de cet ouvrage. Quant aux néoplasmes plus rares et aux kystes, ils ne furent l'objet que de très rares communications, dont nous nous bornerons à analyser la teneur.

---

a) Tumeurs mixtes du voile

Rouyer, dans un mémoire auquel nous ferons allusion plus tard, trace un assez bon historique du sujet, et rend

parler de ce genre de tumeur et en signaler les particularités les plus remarquables. D'ailleurs, il lui rappela qu'il avait été témoin de sa première opération (cas de la religieuse d'Orbec) avec Récamier.

pleine justice à Nélaton. Nous lui empruntons le passage suivant :

« Ces tumeurs n'ont été signalées que depuis quelques années. Il n'en est fait mention dans aucun ouvrage classique ; à peine trouve-t-on dans les auteurs anciens quelques indications vagues qui peuvent se rapporter à des affections différentes de celles dont nous entreprenons l'histoire. Ce n'est pas cependant que ces tumeurs soient rares ; mais souvent elles ont été confondues avec des tumeurs d'une autre nature, erreur que nous avons vu commettre plusieurs fois au sujet de malades dont suit l'observation. Le premier cas, dans lequel la véritable nature a été reconnue, date seulement de 1837 et fut observé par M. Nélaton. Boyer en effet est extrêmement vague ainsi qu'Ancelin, son prédécesseur, et Velpeau, après avoir fait remarquer que la voûte palatine pouvait être le siège de tumeurs fibreuses ou cancéreuses, se contente de dire qu'il a vu deux exemples de ces néoplasmes mais sans donner aucun détail. Nous avons rappelé aussi que Blandin avait publié un cas de soi-disant cancer du voile (*Gazette des hôpitaux*, 1844), que sa marche, son énucléation facile, rapproche des tumeurs mixtes, bien que celle-ci examinée au miscroscope présentât des globules cancéreux très marqués. Nous avons signalé le cas de Vidal de Cassis. Rappelons ici que les pièces de la tumeur soumise aux membres de la Société de chirurgie souleva de grands doutes et qu'on n'osa se prononcer. »

Nélaton, en 1837, ayant eu affaire à une tumeur mixte bien caractérisée du voile, leva toutes les incertitudes en déclarant qu'il s'agissait dans ces cas d'un néoplasme bénin et non d'un cancer à marche lente. Comme nous l'avons dit plus haut, il avait été éclairé par un fait pré-

cédent. « La malade qui portait cette tumeur était une religieuse, de la petite ville d'Orbec, âgée d'environ vingt-six ans, qui me fut amenée par Récamier. L'apparition de sa tumeur remontait à une époque fort reculée ; elle s'était développée peu à peu très lentement, sans déterminer de douleur, d'où provient probablement la négligence qu'avait mise la malade à se faire traiter. Lorsque je vis cette femme, la tumeur avait graduellement acquis un volume tel, qu'elle remplissait l'arrière-bouche, déprimait la base de la langue, appuyait sur l'épiglotte, au point de produire parfois des accès de suffocation très inquiétants. D'un autre côté, le voile du palais était porté en haut et en arrière presque au contact de la paroi supérieure du pharynx. Il en résultait une gêne extrême de la déglutition et de la phonation. Cette malade était donc menacée de périr par inanition, sinon par asphyxie ; le danger prochain, joint aux accès de suffocation et à la difficulté habituelle de la respiration, rendait fort grave l'état de la malade et me faisait un devoir de tenter toute opération possible pour lui procurer au moins un peu de soulagement. Du reste, l'état général était excellent. La lésion toute locale ne présentait point l'aspect propre aux tumeurs malignes. Ainsi, en aucun point, il n'y avait de ramollissement ni aucune menace d'ulcération, mais au contraire les limites de la tumeur étaient très nettes. Les téguments muqueux qui la recouvraient étaient distendus, amincis, mais nullement adhérents ; de plus les ganglions voisins ne présentaient aucune altération. » L'opération eut lieu en présence de Récamier et de Michon[1]. « Croyant cette

1. Voir, à propos de la présence de ce dernier, la discussion de priorité entre Michon et Nélaton.

tumeur adhérente, de mauvaise nature et difficile à enlever, je fendis le voile sur la ligne médiane et je fis de suite une incision transversale au niveau de l'adhérence du voile aux os palatins J'avais peur que ces incisions fussent insuffisantes, et j'étais décidé au besoin à fendre la joue pour me donner le jour nécessaire, pour accomplir une ablation partielle. Par bonheur la tumeur n'était pas adhérente et je fus surpris de voir que la tumeur, que je venais de mettre à nu par une incision, se détachait avec une grande facilité. Je la saisis avec une érigne et aux moyens de quelques débridements à droite et à gauche, je pus l'extraire, mais pas sans quelques difficultés. Il existait, à la place de la tumeur, une vaste perforation du voile du palais. On conçoit qu'elle nous ait peu préoccupé pendant l'opération. Les jours suivants, nous pûmes voir qu'il restait quelques lambeaux assez irréguliers, dont un entre autres assez mince, placé transversalement au-dessous d'une large perforation, représentant en quelque sorte le bord inférieur du voile. Quelques points de suture furent placés pour tenter la réunion de ces lambeaux, mais inutilement. Enfin, je cessais tout moyen chirurgical. La malade fut donc abandonnée aux ressources de la nature. Peu à peu, je vis remonter vers les autres lambeaux ce petit dont j'ai parlé. Enfin la perforation se réduisit graduellement, au point de n'admettre que le bout d'une sonde n° 8. La tumeur, examinée avec soin (macroscopiquement bien entendu, étant donné l'époque) au moment de l'opération, présentait une ressemblance parfaite avec une glande salivaire. Cette femme retourna guérie à Orbec où elle se trouve encore actuellement. Elle a été revue par Notta, en 1855. Elle jouissait alors d'une bonne santé et ne se ressentait plus de son ancienne affection ».

Le cas, à propos duquel Nélaton fit une intéressante clinique sur ces néoplasmes staphyliens, se rapporte à une femme âgée de trente-quatre ans, robuste, entrée en 1851 à l'hôpital des cliniques, dans son service. Dès l'âge de quatorze ans, elle se serait aperçu de la présence d'une tumeur buccale. Elle avait la grosseur d'une noisette, se trouvait un peu à gauche de la ligne médiane et paraissait avoir débuté à la face supérieure du voile. Ayant augmenté de volume récemment, elle refoulait en avant le pilier antérieur. Elle faisait corps avec le voile, dont elle suivait les mouvements. A la palpation, sa consistance paraissait solide et dure ; la muqueuse, lisse et normale, avec quelques veines variqueuses à sa surface. Nélaton reconnut que la tumeur était de même nature que celle de la religieuse d'Orbec et en pratiqua l'ablation d'une façon beaucoup plus simple que précédemment[1], sans intéresser notamment toute l'épaisseur du voile.

Il pratiqua une incision suivant le grand diamètre de l'organe, et les deux lèvres de la plaie furent décollées à droite et à gauche à l'aide d'une spatule. Une fois la tumeur mise à nue, Nélaton, abandonnant la spatule et le bistouri, introduisit son index gauche dans la bouche du malade, la face palmaire vers la voûte palatine, et le poussa recourbé en crochet derrière la tumeur afin de soutenir celle-ci. Enfin, avec l'indicateur de la main droite, il finit l'énucléation et amena non sans difficulté le néoplasme au dehors. La malade rendit à peine, pendant toute la durée de l'opération, deux ou trois gorgées de sang. La tumeur mesurait dix centimètres

1. En effet ces néoplasmes sont en général renfermés dans une capsule fibreuse bien nette et par conséquent faciles à énucléer.

sur neuf et avait quatre centimètres et demi d'épaisseur. Elle était constituée, suivant l'examen histologique de Robin, par un tissu glandulaire. La guérison se fit rapide et sans incidents.

Bien que Nélaton eut ainsi entretenu ses élèves de ces tumeurs si spéciales, le public médical les ignorait encore. Et il ne fut pas autrement frappé d'une communication de Gosselin que nous rapporterons en entier, ainsi que la discussion à laquelle elle donna lieu, parce qu'elle révèle bien les hésitations des grands chirurgiens de l'époque devant ces faits d'apparence anormale.

Gosselin soumit à l'examen de la Société de chirurgie une malade âgée de soixante-neuf ans, qui présentait une tumeur du voile du palais et de l'amygdale gauche. Cette tumeur, qui datait de dix-huit mois environ, avait le volume d'un petit œuf de poule ; elle était mollasse, élastique, ne donnait au toucher ni battement, ni fluctuation. D'après les explorations auxquelles il s'était livré, et tous les signes qu'il avait constatés, Gosselin ne douta pas qu'il s'agissait d'une tumeur encéphaloïde, occupant la moitié gauche du voile du palais, les deux piliers correspondants et l'amygdale ; son intention, en présentant la malade, était de consulter les membres de la Société sur la question de savoir si l'on doit pratiquer une opération et à laquelle on doit donner la préférence. « Pour moi, dit-il, je trouve cette tumeur assez nettement circonscrite par en bas et en dehors pour qu'il soit possible de la faire disparaître en entier ; d'un autre côté, la malade est forte, bien constituée, et cette affection abandonnée à elle-même ne pourra que faire des progrès et gêner de plus en plus les fonctions digestives et respiratoires.

« Je crois donc que l'opération est indiquée ; il est vrai

que j'ai senti près de l'angle de la mâchoire un ganglion induré, mais il est très peu volumineux ; on pourrait l'enlever aisément, et, à supposer qu'il reste, les progrès de son altération n'exposeraient que bien plus tard à des accidents sérieux.

« L'opération une fois admise, fera-t-on une ligature ou une excision ? Chacun se rappelle une opération ingénieuse de ligature exécutée il y a quelques années par le professeur Blandin [1] ; ce procédé serait applicable ici, mais j'avoue que je suis peu partisan des ligatures dans cette région à cause des dangers qui peuvent résulter de la déglutition des matières sanieuses et purulentes.

« Je donnerais donc la préférence à une extirpation faite avec le bistouri ; sans doute elle exposerait à une hémorragie ; mais on pourrait y remédier au besoin par la cautérisation avec le fer rouge, et les gros vaisseaux me paraissent trop éloignés de la tumeur pour qu'il y ait crainte de les diviser.

« M. Huguier. — Je crois aussi qu'il s'agit, dans ce cas, d'une tumeur carcinomateuse ; mais cependant je me demande si le point de départ de la maladie n'a pas été un ganglion lymphatique. Il y a dans la région de l'amygdale un ganglion qui reçoit les vaisseaux lymphatiques profonds du crâne. J'ai déjà eu l'occasion de voir une tumeur de cette région formée par le ganglion dont il s'agit, épaissi et induré. Peut-être en serait-il de même dans le cas actuel. D'un autre côté, si la malade n'a pas encore pris d'iodure de potassium, il serait prudent de lui en administrer.

« M. Chassaignac. — Je partage l'opinion de M. Gosselin

1. Il s'agit du cas de prétendu cancer, auquel nous avons fait allusion plus haut.

relativement au diagnostic, seulement il me semble que l'amygdale n'est pas gonflée, et seulement repoussée par le développement de la tumeur. Je rejette entièrement l'idée d'une tumeur ganglionnaire. Cependant, pour ne négliger aucune précaution, je serais d'avis de faire avant tout une ponction exploratrice. Le diagnostic une fois confirmé par ce moyen, je crois aussi qu'une opération doit être tentée, et j'accorde à l'instrument tranchant une grande supériorité sur la ligature. On pourrait bien, après cette dernière, empêcher la déglutition des matières sanieuses pendant la veille ; mais il serait impossible de s'y opposer pendant le sommeil. Je craindrais seulement, en faisant l'ablation, qu'une hémorragie eût lieu par les grosses artères, et je me tiendrais prêt à faire, au besoin, la ligature de la carotide primitive.

« M. Maisonneuve. — La première chose à faire est de donner l'iodure de potassium. Toutes les apparences sont favorables à l'idée d'une tumeur cancéreuse ; mais on s'y est trompé assez de fois pour se tenir en garde. Si l'iodure ne donne aucun résultat, il faut opérer avec le bistouri. Je conseillerais d'inciser d'abord sur le côté externe, et d'isoler la tumeur de ce côté, ce qui faciliterait beaucoup le reste de l'opération. Il serait bien aussi d'énucléer le plus près possible avec les doigts. Enfinje terminerais par l'ablation de la petite tumeur.

« M. Vidal. — J'ai présenté à la Société, il y a quelques semaines, un malade qui présentait une tumeur analogue à celle-ci[1]. Tout le monde a pensé qu'il s'agissait d'une tumeur maligne solide ; M. Guersant a même décrit le procédé qu'il convenait d'employer. Au premier coup de bistouri, il s'est échappé un flot de sang. J'ai néan-

1. Le cas dont nous avons donné, en note, le résumé dans l'avant-propos.

moins continué, et j'ai amené une tumeur qui avait un aspect pancréatique. Il n'y a pas eu de récidive jusqu'à présent ; la mère de cette malade avait cependant eu un cancer du sein. Je rappelle ce fait pour qu'on se tienne en garde contre l'écoulement de sang, si l'on se décide à l'opération.

« M. Monod. — On n'attache pas assez d'importance au ganglion sous-maxillaire ; il faudra l'enlever de toute nécessité ; peut-être est-il plus gros qu'on ne le suppose, peut-être y a-t-il d'autres ganglions plus profonds et qu'on ne pourrait atteindre.

« Pour ces raisons, et afin de ne pas faire subir à cette malade les chances d'une opération qui serait inutile si les ganglions restaient, je commencerais par la tumeur ganglionnaire.

« M. Chassaignac. — Je ne serais pas d'avis de faire le traitement explorateur par l'iodure de potassium ; je craindrais de perdre un temps précieux. Vidal est d'avis contraire.

« M. Larrey. — M. Gosselin, qui a mieux examiné la malade, peut dire sur quelles raisons il se fonde pour rejeter l'idée ou d'une affection syphilitique, ou d'un abcès enkysté.

« M. Gosselin. — Je répondrai que j'ai fait à la malade toutes les questions propres à me faire savoir si elle avait eu des symptômes primitifs ou consécutifs de syphilis. J'ai examiné les os ; je n'ai rien trouvé qui pût me faire croire à des antécédents syphilitiques. Je rejette surtout l'idée parce qu'il y a un ganglion malade. Or j'admets, avec Ricord, que l'un des meilleurs moyens de diagnostic, entre les affections tertiaires et les tumeurs cancéreuses, est l'absence de ganglions engorgés dans le premier cas, eur existence fréquente dans le second.

« D'un autre côté, je ne crois pas qu'il s'agisse là d'un abcès enkysté, parce que la maladie est trop ancienne, et que je n'ai pu sentir de fluctuation. »

Après l'opération, on constata qu'il s'agissait d'une tumeur douteuse. Quoi qu'il en soit, l'attention ne fut décidément éveillée, il faut le reconnaître, que par l'observation de Michon, surtout parce que celle-ci fut accompagnée d'un examen histologique concluant pratiqué par Denucé. Il s'agissait d'un homme de trente-six ans, qui, depuis dix ans environ, était atteint d'une tumeur ayant commencé à apparaître à la face antérieure du voile. Elle était située à gauche et faisait relativement peu de saillie. Début insidieux. Évolution très lente et sans douleur. Elle avait finalement acquis le volume d'un petit œuf et constituait une telle grosseur dans la bouche qu'elle la remplissait presque, gênant beaucoup la phonation, la respiration et la déglutition. Elle amenait parfois de la suffocation, surtout la nuit. Muqueuse tendre et amincie, mais nullement altérée. Consistance résistante, pas de fluctuation; la palpation donnait la sensation d'une tumeur bilobée. Elle est fixée à l'angle droit du palais, vers le pilier gauche. Énucléation facile, car il n'y avait que des adhérences celluleuses. A l'examen histologique, culs-de-sac glandulaires très hypertophiés, reconnaissables à leur forme et à l'épithélium spécial qui les tapissait. Beaucoup de noyaux libres. Çà et là, quelques éléments fibroplastiques sous forme de faisceaux conjonctifs disséminés. Denucé compara ces lésions à celles de l'hypertrophie de la glande mammaire, fort bien étudiée déjà par Robin et par Lebert, ou à l'hypertrophie de la parotide et de la glande sous-maxillaire, décrite par ce dernier auteur.

Comme cela arrive souvent en pareille occurrence, les faits de ce genre, l'attention une fois éveillée sur le sujet, allèrent en se multipliant. Citons par exemple le fait de Velpeau, recueilli par Bouchet et publié dans le *Moniteur des hôpitaux*, de 1853, qui concerne un homme de cinquante-un ans. Tumeur datant de douze ans. Début près de la ligne médiane, à l'union du voile à la voûte. Volume d'une grosse noix. Elle occupait la moitié droite du voile et empiétait sur la voûte palatine. Dysphagie, salivation ; ablation facile. A l'examen microscopique, Robin reconnut qu'il s'agissait d'une hypertrophie glandulaire.

Dans le cas de Marjolin, il s'agissait d'une femme entrée dans un service de médecine pour y être soignée d'une angine et d'une bronchite chronique. Elle portait, dans la voûte palatine, une tumeur grosse comme une noix muscade. Béhier, après avoir guéri cette femme des affections pour lesquelles elle était entrée dans son service, l'adressa à Marjolin ; celui-ci, craignant d'avoir affaire à une affection syphilitique ancienne, sous l'influence de laquelle se serait développée la tumeur, soumit la malade à l'iodure de potassium.

Ce médicament n'amenant aucune modification dans le volume de la tumeur, Marjolin se décida à pratiquer l'ablation. Il fit une incision de bas en haut, comprenant l'épaisseur de la muqueuse ; un doigt porté derrière le voile du palais et ramené en avant, fit saillir la tumeur et en favorisa l'énucléation.

« Il faut ajouter que cette dernière n'avait contracté aucune adhérence avec les parties voisines. La partie fibreuse du voile du palais n'a point été intéressée.

« La tumeur est dure, inégale et présente tout à fait l'aspect d'une tumeur cancéreuse.

« La malade est complètement guérie. »

L'observation de Laugier, recueillie par Nadaud, concernant un adénome du voile du palais, qui fut communiquée à la Société anatomique en 1856, est très semblable à la précédente.

« B. âgé de cinquante-et-un ans, fondeur en cuivre. Cet homme de forte constitution fut, jusqu'à l'âge de quarante-cinq ans, sujet à de violents et fréquents maux de gorge. Depuis une dizaine d'années, des accès d'asthme.

« Il y a six mois, se développa dans le voile du palais, une petite tumeur déterminant de la gêne pour parler. Celle-ci est de la grosseur d'une noix.

« En ville, un médecin pratiqua une incision croyant à un abcès, mais sans effusion de sang. Sa consistance est dure, ferme, comme fibreuse. La membrane muqueuse qui la revêt glisse sur elle. On constate avec le doigt qu'elle fait une saillie moins prononcée en arrière du voile près des orifices postérieurs des fosses nasales, qu'en avant. Malgré son volume, le timbre de la voix n'est pas altéré, l'articulation du son est seul modifiée, la déglutition n'est pas gênée. Elle ne fut jamais douloureuse. Cet homme sort pour affaire une huitaine de jours de l'hôpital et y rentre atteint de pneumonie à laquelle il succombe avant l'extirpation de sa tumeur ».

Laugier fait l'énucléation de celle-ci sur le cadavre, à l'aide d'une incision longitudiuale, mettant à nu la tumeur qu'il saisit avec une érigne et l'extrait au dehors sans difficulté. A l'examen par Robin, elle présentait les caractères suivants : « culs-de-sac glanduleux tapissés par de l'épithélium pavimenteux et reliés entre eux par du tissu fibro-graisseux. »

En décembre 1856, la *Gazette des hôpitaux* publiait le

résumé d'une leçon clinique de Nélaton, faite à propos d'un nouveau cas de tumeur mixte du voile et la faisait précéder du préambule suivant : « Nous avons à plusieurs reprises appelé l'attention de nos lecteurs sur ces tumeurs du voile du palais, que l'on a prises pendant longtemps pour des tumeurs fibro-plastiques ou cancéreuses, et qui ne sont en réalité que des hypertrophies des glandules salivaires du voile du palais, comme l'ont démontré depuis bientôt une dizaine d'années cliniquement Nélaton et histologiment, Ch. Robin. Bien que l'existence de ces tumeurs et la détermination de leur nature glanduleuse repose déjà sur un certain nombre d'observations, nous n'en croyons pas moins utile de faire connaître les exemples qui viennent leur donner une nouvelle confirmation, d'autant que cette affection n'est encore décrite dans aucun traité didactique.

« Le professeur Nélaton ayant eu à enlever, ces jours derniers, une de ces tumeurs sur un malade de son service, nous saisirons cette occasion, pour en rappeler les caractères.

« Voici d'abord en peu de mots l'histoire de ce malade.

« Observation. — Il y a environ dix mois, il a commencé à s'apercevoir de l'existence d'une grosseur dans l'isthme du gosier ; c'est la gêne qu'il éprouvait en parlant et en respirant, surtout la nuit, qui attira son attention sur ce point.

« En se regardant à la glace, il constata l'existence d'une tumeur. Il eut des angines à diverses reprises ; lors de son entrée à l'hôpital, il éprouvait une recrudescence de dyspnée ; une nouvelle angine s'était produite et c'est cette dyspnée qui l'a décidé à demander des soins.

« Vers le fond de la bouche, dans la moitié latérale droite

de l'isthme du gosier, on voyait une tumeur dont il importait de bien déterminer les limites pour l'opération qu'elle allait nécessiter.

« Elle occupait toute la moitié droite du voile du palais, et envahissait même à gauche, où elle refoulait la luette. A droite, elle s'étendait jusqu'aux piliers et à la paroi latérale du pharynx.

« En bas, elle dépassait le niveau de la base de la langue au-dessous de laquelle elle se prolongeait. En haut, elle se prolongeait un peu plus que ne le faisait croire la vue; elle allait jusqu'à la voûte palatine. Cette tumeur était située dans l'épaisseur du voile du palais ; elle formait un relief assez régulier ; la muqueuse qui la recouvrait était d'un rouge violacé dans sa partie inférieure, plus blanche dans sa partie la plus élevée. Elle avait une certaine mobilité. Autrefois, en présence d'une semblable tumeur, on eût été assez embarrassé pour en établir le diagnostic. « La première fois que j'ai vu une tumeur de cette nature, dit à ce sujet Nélaton, je suis tombé dans une erreur de diagnostic complète. Je crus à une tumeur encéphaloïde du voile du palais. »

« Nous passons sous silence l'histoire de cette tumeur, en tout semblable à celle dont nous venons d'écrire la relation[1]. Nélaton eut bientôt l'occasion d'observer quelques autres cas semblables, ainsi que d'autres chirurgiens, si bien que c'est maintenant chose généralement admise, que l'existence de ces tumeurs formées par les glandes salivaires du voile du palais.

Caractères de ces tumeurs. — Ce point établi, Nélaton a cherché à établir les caractères de ces tumeurs. Elles sont constituées par une masse généralement mobile

1. Cas de la religieuse d'Orbec.

mais enkystée, et n'ayant que de très faibles adhérences avec les parois voisines. Cet enkystement est un fait d'anatomie pathologique très important, parce qu'il simplifie singulièrement le procédé opératoire.

« Il y aurait encore d'autres questions à poser ici, ajoute Nélaton. Vous m'avez vu poser d'autorité ce diagnostic ; mais il serait cependant possible que l'on eut affaire à un abcès du voile du palais, à un abcès enkysté dans une tumeur glanduleuse, par exemple, ou même à un kyste hydatique. Ces diverses tumeurs ressemblent assez, en effet, à l'hypertrophie glandulaire. Mais l'erreur serait peu grave ; l'essentiel est de ne pas confondre cette tumeur avec l'encéphaloïde. Or cette confusion est maintenant facile à éviter.

Examen de la tumeur après ablation. — La tumeur avait environ le volume et la forme d'un abricot de moyenne grosseur ; on a pu constater certaines dispositions sur lesquelles Nélaton avait, d'avance, appelé l'attention de ses auditeurs. On voyait, à la partie postérieure, une enveloppe bien lisse, bien régulière, qui recouvrait toute la tumeur, excepté à sa partie antérieure et inférieure où il n'en restait plus que quelques débris. Quant à la texture, c'est un tissu mou, brunâtre, tirant sur le rose, qui rappelle par son aspect la structure des glandes salivaires, mais un peu plus molle, ce qu'il faut attribuer peut-être aux inflammations répétées, dont elle a été le siège depuis plusieurs mois. Cette tumeur a été présentée à M. Robin, qui a confirmé sa nature glanduleuse.

« L'histoire de ces sortes de tumeurs a été faite récemment, d'après tous les faits existants, par M. Rouyer ».

Rappelons à ce sujet qu'en 1856, cet auteur faisait paraître un excellent mémoire sur la question qu'il communiqua

à la société de chirurgie. Malheureusement celle-ci ne le fit pas imprimer, bien qu'elle en ait fait une analyse élogieuse. On en est donc réduit, pour apprécier l'importance de ce travail, à parcourir les extraits qu'en a fait paraître Rouyer dans le *Moniteur des hôpitaux* de la même année. On voit qu'au point de vue critique comme au point de vue clinique, cette monographie méritait une chance meilleure; nous avons eu, du reste, l'occasion d'utiliser quelques fragments de ce travail au début même de ce paragraphe sur les tumeurs du voile.

Verneuil rappela à propos du mémoire de cet auteur que, d'après Jourdan, la dilatation kystique ou calculeuse des glandes du voile pouvait déterminer des tumeurs au niveau de la gorge.

Huguier fit observer que ces néoplasmes staphyliens ne sont pas toujours formés par l'hypertrophie des glandules salivaires, et qu'on en trouve qui sont dus à la dilatation des cavités glandulaires distendues par un liquide filant. Il ajouta que d'autres tumeurs pouvaient se rencontrer dans cette région, et que le diagnostic n'en est pas toujours facile.

A l'appui de cette opinion, il cite un cas pour lequel il avait été consulté récemment. Le malade était un homme qui offrait une tumeur du voile du palais dont les extrémités se perdaient dans les piliers ; il y avait en outre un ganglion engorgé sous la mâchoire. D'après cela, Huguier pensa que cette affection était de nature cancéreuse et qu'on devait s'abstenir de l'opérer. Cependant un autre chirurgien, n'y voyant qu'une tumeur hypertrophique, en fit l'extirpation ; mais bientôt il y eut récidive sur place et dégénérescence des ganglions.

L'observation suivante de LETENNEUR[1] fut communiquée, en 1864, à l'Académie de médecine, par Laennec. Il s'agit d'une femme à constitution robuste, qui, pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, fut prise de nasonnement, qui augmenta d'une façon progressive. Un médecin, qui l'examinait pour un autre motif, fut frappé du timbre de la voix. Après inspection de la cavité buccale, il découvrit une volumineuse tumeur palatine. Il conseilla à la malade d'aller voir Letenneur, qui constata les faits suivants. « Le nasonnement de la voix ressemble beaucoup à celui que l'on observe dans certaines amygdalites. Du reste, pas la moindre douleur, ce qui atténue beaucoup la gêne de la déglutition. Si l'on fait ouvrir la bouche, on voit au fond de cette cavité, à gauche, une volumineuse tumeur développée au niveau antérieur du voile du palais, dont la muqueuse l'enveloppe dans toutes les parties accessibles à la vue. En avant, la tumeur fait saillie jusqu'au niveau de l'avant-dernière molaire. En bas, elle déprime d'une façon très marquée la base de la langue; en dessous, elle déjette fortement la luette sur le côté droit, et rétrécit d'une façon étonnante l'isthme du gosier. On ne peut faire pénétrer un doigt dans le pharynx qu'en faisant quelques efforts. La tumeur mesure six centimètres de haut en bas. En largeur, elle a environ quatre centimètres et demi. Bien qu'elle déprime fortement en dehors la paroi buccale, elle ne lui est pas adhérente et on peut la circonscrire de tous côtés, excepté en bas, où elle se prolonge sur les replis glosso-staphyliens. En haut, elle est bornée par l'os palatin, en avant

1. Letenneur a fait connaître depuis quelques autres observations de tumeur mixte (enkystées) du voile, toutes consignées dans la thèse d'un de ses élèves. Elles ont surtout de l'intérêt au point de vue opératoire.

duquel elle fait saillie. En arrière, elle ne proémine pas d'une manière appréciable dans le pharynx et ne se confond point avec l'amygdale, qu'on peut retrouver avec le doigt. »

L'opération fut décidée. Letenneur, après incision de la tumeur, procéda à l'énucléation de celle-ci. Perte de sang modérée. Guérison rapide. A l'examen, structure glandulaire évidente.

L'adénome fibreux du voile du palais, observé dans le service d'Horteloup, par Félizet, est remarquable par la dureté de la tumeur et l'abondance de l'élément conjonctif qui en faisait presque un fibrome. Voici le cas tel que le rapporte l'auteur.

« Catherine M..., quarante-sept ans, couturière, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 8 août 1871, pour une grosseur siégeant dans le voile du palais, à gauche de la ligne médiane.

« C'est une femme assez musclée, mais d'apparence scrofuleuse, réglée à dix-huit ans et ne voyant plus depuis sept à huit mois, mariée à vingt-sept ans; pas trace de syphilis.

« Il y a huit mois est survenue une gêne de la déglutition. Depuis quatre mois, elle eut souvent de petites angines caractérisées moins par une douleur aiguë que par un sentiment pénible de la déglutition. En juin, la gêne était telle qu'elle essaya instinctivement d'enlever avec son doigt ce qui la gênait et constata l'existence d'une tumeur de la grosseur d'un haricot.

« En juillet, à la suite d'un mal de dent, un abcès se développa sur la voûte palatine et fut incisé.

« Le 8 août, sur l'avis du D[r] Horteloup, elle entre dans son service.....

« *Examen.* — Le voile du palais, à l'examen, se montre bien conformé; la luette a les dimensions ordinaires ; elle est sensible, mobile et nullement œdémateuse ; les amygdales font modérément saillie entre les piliers. La voûte palatine est soulevée à droite de la ligne médiane pour un abcès développé sous la cicatrice de l'incision.

« Le voile du palais présente, à gauche de la ligne médiane, une tumeur du volume d'un gland, ovoïde, à grand axe oblique, de la base de la luette dont elle est séparée par un espace d'un demi-centimètre vers l'insertion du pilier antérieur ; dure au toucher, elle ne fait pas saillie en arrière.

« La muqueuse qui la recouvre paraît plus blanche que la muqueuse du voile ; la tumeur n'est pas adhérente au derme. Pas de ganglions.

« M. Horteloup diagnostique un adénome fibreux du voile, affection très rare et dont il a vu deux exemples dans le service de Nélaton.

« Après avoir institué un traitement à l'iodure quelques jours, l'opération fut pratiquée le 21 août.

« Passant sur le manuel opératoire, nous arrivons à l'examen de la tumeur.

« *Examen de la tumeur.* — Elle est dure et présente la consistance fibro-cartilagineuse ; elle est blanche à la coupe et sa surface présente des stries divergentes séparées par des espaces jaunâtres ; pas de vaisseaux volumineux ; l'examen microscopique est fait par Terrillon. On trouve dans cette tumeur deux parties de structure assez différente, qu'on peut résumer ainsi :

« 1° Au centre et vers la partie adhérente, elle paraît constituée presque uniquement par du tissu fibreux avec quelques calculs microscopiques ;

« 2° A la périphérie, ce même tissu fibreux est parsemé de glandes en grappes plus ou moins déformées et même de culs-de-sac isolés et atrophiés. Le tissu fibreux du centre est dense, blanc par places, jaune dans d'autres, ayant l'apparence graisseuse ; mais il devient de moins en moins dense, à mesure qu'on s'éloigne du centre vers la périphérie ; une partie de la tumeur a une structure différente. Le tissu fibreux renferme des culs-de-sac glandulaires comprimés et atrophiés pour la plupart.

« Il est difficile de déterminer le nombre de glandes en culs-de-sac glandulaires plus ou moins déformés qu'on rencontre ; mais elles sont peu abondantes. Le tissu fibreux prédomine encore dans cette partie périphérique.

« Cette observation présente son intérêt :

« 1° Par la rareté de cette espèce de tumeur :

« 2° Par la précision du diagnostic sur le siège, la nature anatomo-pathologique de cette production ;

« 3° Par la facilité de l'énucléation ;

« 4° Par l'âge de la malade qui correspond dans les tableaux de Broca, d'après Rouyer, au chiffre minimum des adénomes des glandes palatines ;

« 5° Par la coïncidence d'une tumeur phlegmoneuse de la voûte, due à une carie dentaire, tumeur qui compliquait le diagnostic. »

Les prétendus adénomes de Lebert et de Robin ont en réalité une structure si complexe[1] que les examens histologiques consécutifs devaient peu à peu amener des divergences graves avec les vues exprimées par les deux célèbres histologistes.

1. On a soutenu successivement la théorie de l'adénome, du sarcome, de l'épithéliome bénin, de l'endothéliome (voir la Revue de Berger, en 1897).

Coyne vint renverser l'opinion admise ou du moins l'ébranla fortement, en déclarant qu'il s'agissait en réalité de lésions sarcomateuses. La tumeur avait été enlevée chez un malade du docteur Després, en 1875. Voici cette observation :

« Femme de cinquante-deux ans, d'une faible constitution, entre à Cochin, le 22 juin, pour une tumeur de l'arrière-bouche ; pas d'antécédents syphilitiques. Il y a une douzaine d'années, elle éprouva une sensation de corps étranger au fond de la bouche qui lui fit découvrir la présence d'une petite tumeur. Un médecin consulté la prit pour une tumeur syphilitique et la soumit au traitement par l'iodure de potassium. Aucune modification ne se manifesta.

« Toute la moitié gauche du voile du palais était envahie par une tumeur bosselée, ayant le volume d'un œuf de poule. La partie droite du voile était refoulée à droite, la tumeur descendait presque sur l'épiglotte, et donnait à la malade des envies presque continuelles de vomir ; sa voix était nasonnée, l'appétit était presque nul.

« Cette tumeur offrait des bosselures qui la faisaient ressembler à un kyste séreux. Després vit dans cette tumeur un exemple d'adénome kystique des glandes du palais.

« L'opération fut pratiquée le 9 juillet. Avec un trocart long, on ponctionna les deux kystes les plus apparents et ainsi fut évacuée une cuillerée à bouche de liquide séreux, un peu mêlé de sang ; la tumeur diminua d'autant. Ensuite avec le serre-nœud écraseur, Desprès, pédicula la tumeur aux deux traits d'écrasement ; celle-ci ne fut pas entamée et fut séparée du voile du palais comme un gland chassé de sa capsule ; elle a été amenée au dehors intacte. L'opération s'acheva en cinq minutes sans le moindre écoulement de sang.

« Six jours après, la malade parlait bien et n'avait plus la moindre trace d'inflammation dans la bouche et ne souffrait plus ni en mangeant ni en buvant, ni en parlant. »

Coyne reconnut dans la tumeur, en outre d'une hypertrophie glandulaire banale, des éléments d'un autre genre; c'était, suivant lui, malgré l'origine glandulaire du néoplasme, un *sarcome*, comme nous l'avons dit plus haut, ayant débuté probablement par un fibrome et ayant développé plus tard seulement sa nature maligne.

Dans une thèse remarquable, où il utilisa tous les matériaux existant sur la question, pour tracer des tumeurs mixtes du voile une description très complète qui est consultée encore aujourd'hui, Python s'efforça de démontrer que les lésions rencontrées par Coyne étaient, en somme, une exception et qu'il s'agissait bien, dans la majorité des cas, d'une hypertrophie glandulaire; mais peu à peu la conception ancienne devait perdre du terrain du moins en Allemagne. Ces différentes phases du sujet ne pourront du reste être abordées ici, car elle sortent de notre cadre chronologique.

b) Papillomes [1].

Ces petites tumeurs ne sont connues que depuis la communication de Verneuil, en 1858, à la Société anatomique, bientôt suivie de celles de Guéneau de Mussy et de Vidal de Cassis. Dans toutes ces observa-

1. Comme nous l'avons dit plus haut, les travaux sur les tumeurs mixtes du voile eurent le grand avantage d'appeler l'attention sur les autres tumeurs staphyliennes.

tions, elles se montrèrent pédiculées et insérées, soit sur la luette, soit sur le bord libre du voile. Elles avaient donné lieu à des symptômes d'irritation du côté de la gorge et de toux sèche. Leur bénignité du reste paraissait absolue.

Dans le cas de VERNEUIL, il s'agissait d'une jeune fille bien portante, qui fut prise, quatre à cinq jours avant l'examen, d'une grippe qui régnait alors à Paris sous forme épidémique. Elle eut une légère angine qui se dissipa promptement sous l'influence d'un vomitif[1]. Mais une toux sèche persista avec une ténacité extrême, avec le caractère, dit Verneuil, qu'elle présente chez beaucoup de femmes nerveuses. « A l'examen de la gorge, on ne voyait nulle rougeur, nulle trace d'inflammation ; mais on apercevait une petite tumeur blanchâtre, allongée, piriforme, à grosse extrémité libre et à pédicule très grêle, ayant environ 3 centimètres de long. Cette tumeur s'insérait par son pédicule sur le *bord libre* du voile du palais, immédiatement entre la luette et le pilier antérieur. Elle reposait par son extrémité libre sur la base de la langue non loin de l'épiglotte, et y exerçait sans doute une titillation désagréable, analogue à celle que produit la luette hypertrophiée. Cette tumeur a été facilement enlevée. Elle présente tout à fait l'aspect d'une glande en grappe. Elle est composée d'une grande quantité d'éminences, visibles à l'œil nu pour la plupart et qui ont un volume variable de 1/8 à 1/3 de millimètres. Elles sont régulièrement arrondies, hémisphériques et sessiles ou légèrement pédiculées ; elles s'insèrent sur une partie centrale assez épaisse et qui fait suite au pédicule. Celui-ci, long

1. La toux sèche pharyngienne est connue depuis longtemps. Voir *Calculs de l'amygdale*. 4e volume.

de plus de 15 millimètres, n'est point recouvert d'éminences comme la partie inférieure; il est mou, extensible, cylindrique, plus étroit à sa partie moyenne qu'à sa partie supérieure et vers le point où il se continue avec la partie renflée.

« La muqueuse qui le recouvre est assez colorée; cependant la section a fourni à peine deux ou trois gouttes de sang.

« La partie renflée est plus pâle; on en détache facilement par le râclage quelques-unes des saillies précitées. L'examen microscopique révèle sans peine la structure de ces dernières; il s'agit de papilles très hypertrophiées.

« On pourrait évaluer de douze à vingt-cinq le nombre des couches superposées. Les cellules sont épaisses, larges, polygonales, munies d'un noyau central petit, sans nucléole; elles ont tout à fait le caractère de l'épithélium normal de la bouche. Le centre de la papille est occupé par une substance transparente, parsemée de fibres délicates de tissu cellulaire, qui se continue avec celui du centre de la tumeur. On y remarque surtout des capillaires très volumineux qui se terminent près de la couche épithéliale en formant des anses variqueuses très élégantes.

« Le pédicule, recouvert par la muqueuse épaissie, renferme des vaisseaux et des faisceaux du tissu cellulaire. On n'a trouvée ni nerfs, ni glandes. »

En résumé, il s'agissait d'une hypertrophie papillaire pédiculée. Comme il arrive assez souvent, la publication de Verneuil fut l'occasion d'une *série clinique*. En effet, à la séance suivante, Vidal de Cassis faisait connaître un nouvel exemple de papillome du voile.

« VIDAL, dit le *Bulletin de la Société anatomique*, montre une tumeur de la luette de la plus grande ressemblance avec celle qui a été présentée dans une précédente séance par M. Verneuil (*Bulletins*, 1858, mars, § 3, 2e sér., t. III, p. 81), et qui était formée par une *hypertrophie papillaire*[1]. La tumeur qui a été enlevée par M. Vidal a environ 1 centimètre 1/2 de longueur. Elle était développée *à l'extrémité* de la *luette*, mais non tout à fait à l'extrémité libre; car elle était insérée principalement sur le bord gauche. C'était un homme de trente-huit ans qui, depuis dix-huit mois, se plaignait d'ardeur et de sécheresse à la gorge, avec un besoin fréquent de faire un mouvement de déglutition, provoqué par un chatouillement désagréable.

« Il n'a jamais présenté cette petite toux[2] sèche et quinteuse que l'on remarquait chez le malade de M. Verneuil.

« Tous les accidents ont disparu depuis l'ablation de la tumeur. »

Le cas de GUÉNEAU DE MUSSY est semblable aux précédents. Il s'agit d'un malade qui était pris d'enrouement et de quelques troubles de la déglutition. A l'inspection, polype inséré sur le voile vers la naissance de la luette. Ablation. Guérison.

Le fait suivant de papillome de la luette, a été rapporté par le Dr NEPVEU, alors chef du laboratoire de la Pitié (*In bul. de la Soc. anatom.* Paris, 1875, p. 535). « X. étudiant en médecine, de nationalité roumaine, s'est toujours bien porté. Son père est mort de tuberculose aiguë, sa mère est en bonne santé; deux de ses sœurs sont mortes en bas âge. Il y a deux ans, il fut pris d'acci-

1. Voir l'observation Verneuil ci-incluse.
2. En effet la toux est un réflexe, qui demande pour évoluer et persister un tempérament nerveux spécial.

dents syphilitiques bien caractérisés; chancre infectant de la verge avec accidents secondaires bien nets. Il avait de fréquentes amygdalites qu'il ne rapportait pas à la syphilis; il n'a jamais eu de plaques muqueuses.

« Il y a un an environ, il s'aperçut pour la première fois, en examinant sa gorge dans une glace, que sa luette était tuméfiée. Il n'en souffrait pas et n'en a jamais éprouvé la moindre gêne; la déglutition n'a jamais été gênée; il ne toussait pas, n'avait aucune irritation à la gorge; enfin, c'est le hasard seul qui l'a mis sur la voie.

« La tumeur de la luette était formée par une excroissance étendue de la base à la pointe de l'organe, du côté droit; sa largeur était d'environ huit à dix millimètres; elle offrait une couleur rose, et présentait un aspect verruqueux mamelonné spécial. M. Verneuil porta immédiatement le diagnostic d'adénome; cependant l'extraction faite, M. Verneuil diagnostiqua un papillome.

« La tumeur était limitée au côté droit de la luette; M. Verneuil l'enleva avec une pince et des ciseaux courbes.

« La tumeur fut plongée tout aussitôt dans l'acide picrique, puis dans la gomme et l'alcool.

« *Structure.* — La couche épithéliale pavimenteuse qui revêt la luette est épaissie et montre des papilles qui ont trois à quatre fois la largeur de cette couche; entre quelques-unes d'entre elles, on aperçoit des sphères épithéliales ou globes épidermiques assez nets. Le derme muqueux est complètement sain, peu vasculaire, on n'y voit aucune glande. La tumeur est donc un papillome simple.

« On ne trouve nulle part, dans les auteurs, un seul exemple du même genre[1]; M. Verneuil seul aurait

1. C'est inexact. Voir plus haut.

déjà eu l'occasion d'extirper un papillome de la luette, il y a une dizaine d'années. »

Le cas du Dr Meplain semble prouver que cette petite tumeur peut avoir une certaine *malignité*. Il a observé un polype muqueux du voile du palais dont l'ablation était suivie de récidives rapides après l'excision et l'ablation; néanmoins la guérison finit par être obtenue. « J. T., trente ans, lymphatico-sanguin, robuste et de très bonne santé habituelle, vint me consulter pour une petite tumeur de la voûte palatine. Je constatai, en effet, une petite tumeur d'un rose vif, molle, non pulsatile, de forme à peu près régulièrement hémisphérique, de dix à douze millimètres de diamètre, implantée sur un pédicule large et très court au point d'union du voile du palais avec le palais lui-même, datant de trois semaines, au dire du malade, et s'étant *accrue rapidement*.

« L'abondance des *hémorrhagies* et l'évidente richesse vasculaire de la tumeur me décidèrent à préférer à un mode quelconque d'ablation l'emploi d'applications caustiques.

« Celle-ci n'en fut nullement modifiée dans sa forme et son volume, et jugeant l'épreuve suffisante, je me décide à faire l'excision au moyen de ciseaux courbes sur le plat, opération qui fut extrêmement simple, sans grande hémorrhagie.

« La tumeur, vidée du sang qu'elle contenait, se trouva réduite à un très petit volume, ayant l'aspect d'un mince fragment de muqueuse œdématiée.

« Je croyais mon malade guéri, et moins de trois semaines après, il revenait me trouver et me prier de le délivrer de nouveau de la tumeur.

« Cette fois je donnai la préférence à l'arrachement

que je pratiquai sans difficulté au moyen d'une pince à pansements.

« Huit jours après, la tumeur s'était déjà reproduite et avait recouvré son ancien volume.

« Je donnai alors la préférence aux liquides astringents pour obtenir l'atrophie du polype. Ne voyant pas de résultat, je pratiquai une nouvelle excision ; huit jours après, nouvelle récidive.

« A bout de ressources, le hasard me conduisit à faire des injections d'acide acétique dans la tumeur, et, dès le lendemain, je constatai un affaissement considérable qui continua chaque jour et, quinze jours après, le polype avait complètement disparu, disparition qui dure encore ».

C) Myxomes

Bryandt (Schmidts Jahrbuch, 1863) a intitulé myxome le cas[1] qu'il a observé ; mais il est plus vraisemblable qu'il s'agissait d'un sarcome. Cependant l'existence du myxome est incontestable. Thaon en a observé un cas dans le service de Verneuil en 1872 sur la moitié droite du voile du palais. Son volume et sa situation lui permettaient de faire saillie dans le cavum où il obstruait les choanes[2]. Il avait la grosseur

1. H., 34 ans, s'aperçoit par hasard de l'existence d'une tumeur du voile dont l'apparence était jaunâtre, transparente. La tumeur fut extirpée et la base cautérisée avec l'acide nitrique. Néanmoins récidive et engorgements des ganglions lymphatiques. Mort un an après dans le marasme. L'autopsie ne fut pas permise. L'examen histologiste des parties enlevées démontra qu'il s'agissait d'un néoplasme à éléments fibrocellulaires du type myxomateux.

2. F., 58 ans, entré le 30 juin 1872 dans le service de Verneuil, maigre, mais bien constitué. Six ans auparavant, à propos d'une névralgie, regarda

d'une noix. Sa consistance était ferme et uniforme. Pas d'adhérence avec les parties voisines, pas d'engorgement ganglionnaire. On pratiqua une incision courbe sur la partie la plus saillante du voile, puis on décolla les plans sous-jacents à l'aide de la spatule, et l'énucléation se fit facilement en ne provoquant qu'une perte de sang insignifiante. L'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'un myxome lipomateux[1].

---

d) Fibromes

Les cas cités par Parmentier (*Gazette médicale de Paris*, 1856), et empruntés à Botat (*Journal de médecine de Roux*, XXVI, p. 239), à Anselin (*Journal de médecine de Vandermande*, XIII) et à Tarnier (*Traité des maladies de la bouche*) appartiennent vraisemblablement à des tumeurs d'une autre nature. Le cas d'Elie Politis semble avoir été un ostéochondrome, d'ailleurs purement palatin; l'attribution au maxillaire et non au voile est bien nette aussi dans celui de Panas, où il existait des fibromes multiples, dont l'un avait envahi le sinus maxillaire (*Bulle-*

dans sa bouche et aperçut une tumeur de la grosseur d'une noisette, située sur le palais, à un centimètre de la ligne médiane, qui depuis ne fit que s'accroître, mais très lentement et sans douleur. A l'entrée, on constata une tumeur du volume d'une forte noix, allongée, d'avant en arrière, sur le côté droit du voile; pilier antérieur un peu abaissé. Muqueuse de teinte normale, lisse, glissant facilement sur les plans sous-jacents. Luette un peu déviée à gauche, voile sensible et ayant conservé ses mouvements. La tumeur faisait saillie dans le pharynx. L'opération fut faite le 3 juillet.

1. Rappelons qu'en 1876, Gosselin en observa un nouveau cas chez un homme de soixante-huit ans. La tumeur était fluctuante et refoulait en avant le pilier antérieur gauche. Elle obstruait notablement l'isthme du gosier.

tin de la Société de chirurgie, 1867). En définitive, cette variété de tumeur staphylienne, dont l'existence a été mise hors de doute par l'observation publiée en 1878 par SABATIER, ne comptait jusqu'en 1875 aucun fait véritablement authentique sinon pour le palais osseux, du moins pour le voile.

e) Kystes

En 1856, SAUCEROTTE publia un cas de kyste de la voûte palatine, mais siégeant uniquement sur la portion osseuse de celle-ci[1]. Il en est de même du kyste mellicérique que Cruveilher mentionne dans son *Traité d'anatomie pathologique*. En 1860, GUYON et THIÉRY ont mentionné, dans les Archives de physiologie, l'existence, sur des cadavres de nouveau-nés, de petits kystes glandulaires multiples, formant des sortes de grains blanchâtres, arrondis, contenant un peu de sérosité et de très nombreuses cellules épithéliales analogues à celles de la bouche.

f) Tumeur congénitale rappelant le kyste dermoïde

En 1874, CLAIRAULT a communiqué à la Société anatomique un cas fort intéressant de tumeur congénitale,

1. La tumeur, du volume d'un demi-œuf de pigeon, occupait la moitié droite du palais et ne dépassait pas la ligne médiane. Elle s'était creusée dans l'os une véritable niche. La muqueuse ne paraissait pas altérée. La guérison fut obtenue comme dans l'hydrocèle à l'aide d'une injection de teinture d'iode iodurée mélangée avec de l'eau.

observée chez un nouveau-né dont elle empêchait la respiration. Cette tumeur fut prise tout d'abord pour la langue. Elle adhérait au voile par un pédicule. En arrière de l'insertion, cette cloison membraneuse était divisée. La voûte palatine présentait une disposition en gouttière. Pas la moindre communication en haut avec les fosses nasales. Langue totalement adhérente, et offrant une tumeur du volume d'une noisette en arrière de la précédente. La division du voile n'allait pas jusqu'au pédicule de la tumeur. Ablation de celle-ci au bistouri sans hémorrhagie notable. L'enfant put prendre le sein et guérit parfaitement. A l'examen, la tumeur était bilobée et recouverte de poils soyeux. Elle était constituée par du tissu cellulaire contenant de la graisse en abondance, avec un faisceau central musculaire s'insérant sur l'enveloppe qui avait la structure du derme.

---

g) Lipomes du voile

Cartaz (*Thèse de Paris*, 1873) a observé chez un journalier un lipome palatin ayant empiété sur le voile. Le malade s'était aperçu, quatre mois avant l'examen médical, de la présence de ce néoplasme, qui s'était développé d'une façon progressive et indolente. En faisant ouvrir la bouche, on apercevait une tumeur implantée sur la voûte palatine, mais débordant sur le voile à gauche sans le dépasser sensiblement. La voûte était largement envahie jusqu'à l'arcade dentaire. La grosseur était celle d'un gros œuf. Dépassant la ligne médiane, sa forme paraissait nettement bilobée ; le lobe antérieur était plus développé

que le postérieur. Consistance molle et fluctuante. Muqueuse normale et indolore. Respiration nasale libre. Pas d'adénite sous-maxillaire. État général bon. Une ponction avec l'appareil Dieulafoy ne donne issue à aucun liquide, ce qui confirme le diagnostic de lipome. Énucléation avec le doigt après incision. Les bords du voile sont déchirés à gauche, mais ils se rapprochent facilement et sont suturés. Guérison rapide, sans incidents [1].

---

h) Tumeurs sanguines

Dans sa thèse d'agrégation sur les tumeurs de la voûte palatine et du voile du palais (Paris, 1857), Fano rappelle qu'Ancelin a signalé le développement variqueux des vaisseaux de la luette. Parfois celle-ci serait le siège d'un épanchement sanguin interstitiel, dont Pauly aurait observé quelques exemples. Il en a parlé sous le nom de staphylhématome. Il s'agissait d'une hémorragie profonde

1. Au sujet de l'observation de Cartaz, faisons remarquer que, vers la fin de la période que nous étudions, Richet opéra, sur un vieillard de quatre-vingt-deux ans, un énorme lipome du voile qui avait mis huit ans à se développer d'une façon progressive et indolente. En 1874, le néoplasme continuait à grossir, le malade alla consulter Richet qui conseilla l'opération. En cinq mois, il avait pris un tel accroissement, que la déglutition, la respiration et la parole étaient fort gênés, car l'isthme se trouvait presque comblé par la masse morbide ne laissant qu'un petit pertuis de libre, à droite. Muqueuse normale lisse, mais tendue. Consistance molle, pâteuse. Indolence complète. Le doigt, qu'on pouvait faire pénétrer avec quelque difficulté dans le pharynx, permettait de reconnaître le siège staphylien de la tumeur. Pas d'adhérences avec les parois du pharynx ou les piliers. Diagnostic : lipome. Incision antéro-postérieure de la naissance du voile à son bord libre; on détache avec le bistouri les adhérences avec la muqueuse, puis avec la couche musculaire. Enucléation assez facile, guérison rapide. Une membrane cellulo-fibreuse servant de capsule divisait ce lipome en plusieurs lobes.

déterminée par la déglutition d'un corps piquant, tel qu'arrête de poisson, croûte de pain dur. Il surviendrait une douleur sourde avec dysphagie et dyspnée. La luette, de la grosseur d'une petite noisette, aurait une teinte bleuâtre. Une simple incision fait disparaître tous les accidents.

Les tumeurs *érectiles* proprement dites n'avaient été signalées que par la suite. La thèse de Fano en renfermait huit cas, qui pour la plupart paraissent avoir été de nature veineuse. Leur siège habituel serait la partie droite ou gauche de la voûte palatine, près de l'os incisif. Rappelons cependant que, peu après la période que nous étudions, Blum constata, chez un malade de l'hôpital Beaujon, une tumeur érectile de la luette, et Bide (*Ann. des mal. des oreilles*, 1877), un angiome caverneux de cette même luette.

i) Tumeurs malignes du voile

Les néoplasmes malins du voile restèrent fort mal connus pendant toute la période que nous étudions et, bien qu'on ait essayé dès lors de les diviser en sarcomes, épithéliomes et carcinomes, les faits publiés ne justifiaient guère qu'une étude globale sous le titre très compréhensif de cancer[1].

A propos du *sarcome*, nous avons déjà signalé le résultat de l'examen fait par Coyne de la tumeur enlevée par Desprès. Rappelons aussi le fait observé en 1873 par Tédenat, lorsqu'il était encore interne (Voir thèse de Mont-

1. Boyer, Vidal de Cassis, Velpeau n'en disent quelques mots qu'à ce titre.

pellier, à l'index). Il s'agit d'un homme de quarante-huit ans, entré le 8 septembre 1873 à l'Hôtel-Dieu, service du docteur Boucaud. Le malade était amaigri et présentait tous les symptômes d'une phtisie avancée. Un an auparavant, on avait constaté, pendant un examen laryngoscopique, l'existence, sur la partie droite du voile, d'une tumeur de la grosseur d'une petite amande qui prit un développement rapide, sans provoquer de vives douleurs, voix nasonnée, déglutition difficile, pas d'adénite. La tumeur était du volume d'une grosse noix, dure, résistante. Surface lisse, muqueuse glissant mal sous les plans sous-jacents. Quelques jours après le malade succombait par suite de tuberculose pulmonaire. Le néoplasme staphylien parut composé, lors de l'examen histologique, d'éléments fusiformes, et çà et là par des zones de tissu embryonnaire.

Dans une autre observation recueillie aussi par Tédenat, en 1875, dans le service de Valette, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, chez un homme de quarante-quatre ans, la tumeur staphylienne avait le volume d'un œuf de poule et datait de six mois environ. Voix nasonnée, déglutition difficile, peu de douleurs, surface lisse, mais muqueuse peu mobile ; quelques ganglions engorgés. Ablation le 8 décembre par le procédé ordinaire. A l'examen histologique, on constata qu'il s'agissait d'un sarcome embryonnaire. Récidive rapide.

Dans le cas de Landmann[1], le sarcome staphylien s'était développé chez un sujet de soixante-six ans. Évolution rapide. Il entra à l'hôpital pour des manifestations très graves d'asphyxie qui déterminèrent rapidement la mort. A l'autopsie, on constata que la bouche et le

1. *Arch. f. der Heilkunde*, 16e année.

pharynx étaient en partie comblés par une tumeur du volume d'une pomme, reposant par sa base sur la racine de la langue, et prenant son attache sur le voile. La luette fortement œdématiée lui était comme suspendue en arrière. Le néoplasme s'était développé dans l'épaisseur du voile et ne tenait aux couches environnantes que par des adhérences lâches. Substance lisse, analogue à celle du cerveau. L'examen microscopique démontra qu'il s'agissait d'une tumeur embryonnaire fibroplastique.

L'*épithéliome* du voile a été observé une fois (observation recueillie par Hutinel et Longuet), chez un homme de cinquante-six ans, dans le service de Richet suppléé momentanément. Depuis longtemps gêne, puis apparition, il y a six mois, d'une tumeur qui a pris un développement rapide, pas de souffrances vives, respiration facile. Le malade avait beaucoup maigri peu avant d'entrer à l'hôpital. A l'examen on constata sur la face antéro-inférieure du voile une tumeur grosse comme une petite pomme, aplatie, d'aspect grisâtre, mamelonnée, indolente, dure, semblant se continuer à gauche et vers la base de la langue du côté correspondant. Luette dure à droite; quelques ganglions aussi indurés. On diagnostique un cancer inopérable. Le malade, pris d'étouffements, meurt dans la nuit. A l'autopsie, on constate un envahissement des parois pharyngées. Le long de la trachée, petites nodosités d'infiltration blanchâtres et du volume d'une lentille. L'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'un épithélioma. Ajoutons que les fosses nasales étaient restées parfaitement saines.

Le *carcinome*, cliniquement, paraît avoir été entrevu d'assez bonne heure; et il semble que cette tumeur, essentiellement maligne et d'évolution rapide, doive être

incriminée dans la plupart des observations des vieux auteurs. Mais, dans la période que nous étudions, les examens histologiques de ce néoplasme ont fait à peu près défaut.

II. — TUMEURS DE L'AMYGDALE

Coup d'œil général. — Jusqu'en 1875, les nosologistes ne connaissent, pour ainsi dire, que les tumeur malignes de l'amygdale. Celles-ci constituent, en effet, non-seulement les néoplasmes tonsillaires les plus graves, les plus facilement reconnaissables, mais encore les plus fréquents. Il est intéressant de constater que ce sont justement les néoformations dont la nature infectieuse paraît actuellement la plus vraisemblable[1], qui se retrouvent le plus souvent dans cet organe, véritable terrain de prédilection pour les différents germes pathogènes. Remarquons aussi que le lymphome et le lymphosarcome s'y rencontrent comme dans n'importe quel ganglion lymphatique ; ce qui établit une analogie de plus parmi celles assez nombreuses que l'on peut apercevoir entre ces glandes et les amygdales. Pendant très longtemps, les néoplasmes tonsillaires ne furent guère considérés que comme de simples curiosités, bien que Jourdan, Velpeau et quelques autres les eussent signalés d'assez bonne heure ; et ce n'est qu'à

1. Même avec la théorie qui fait des cellules cancéreuses, soit des éléments atypiques, soit des éléments presque génésiques, celles-ci se comportent sensiblement comme des microbes.

partir de 1870, que le mémoire de Polland et la thèse de Passaquay vinrent en quelque sorte les tirer de l'oubli. Nous répartirons les matériaux recueillis dans la littérature médicale de l'époque en trois sections : cancers, lymphomes et lymphosarcomes, tumeurs bénignes. L'analyse détaillée de la thèse de Passaquay, si complète et si intéressante à tant d'égards, nous permettra d'établir, pour ainsi dire, le bilan des connaissances de l'époque. Quant aux observations, elles seront mentionnées, comme pour le voile, dans le cours du paragraphe.

---

a) Tumeurs malignes

Dans son *Traité des maladies de la bouche*, Jourdain affirme la fréquence relative des néoplasmes malins des tonsilles. « Le squirrhe (hypertrophie simple des amygdales), dit-il, dégénère fort souvent en cancer, soit que cela dépende de la cause efficiente qui a donné lieu à la maladie, soit qu'un traitement inconsidéré y ait contribué. Beaucoup de gens (peu instruits à la vérité) n'hésitent pas à promettre la guérison. Les exemples suivants montreront ce qu'on peut espérer des malades qui se trouvent dans ces tristes circonstances. »

Il semble bien que cet auteur ait confondu ensemble des ulcérations d'origines diverses ; mais on a le droit de s'étonner néanmoins de voir Montfalcon n'en dire que quelques mots assez insignifiants. Boyer n'en parle même pas, et Cheluis en niait l'existence.

Velpeau est un peu plus explicite.

« De ce que le cancer des tonsilles est rare, il ne faudrait

pas, dit-il, en conclure qu'il ne s'observe jamais. J'en ai déjà rencontré cinq exemples, appartenant tous à la classe des cancers encéphaloïdes. Leur situation, leurs rapports avec les gros vaisseaux du cou ont empêché d'y toucher et ont arrêté les chirurgiens jusqu'ici. J'en ai cependant pratiqué une fois l'extirpation, en 1836, à l'hôpital de la Charité et je n'ai pas trouvé l'opération très difficile. Le malade, homme de la campagne, âgé de soixante-huit ans, souffrait de l'amygdale gauche depuis deux ans ; la tumeur saignante, déjà ulcérée, putrilagineuse, remplissait presque complètement le pharynx, occupait une partie des fosses nasales et refoulait le voile du palais en avant ; la suffocation était imminente. Ayant découvert la carotide primitive et passé un fil au-dessous comme ligature d'attente, j'accrochai profondément la tumeur avec une érigne double et l'attirai fortement en avant vers la ligne médiane. Un petit couteau courbe sur le plat, à manche fixe, me servit ensuite à fendre le côté gauche du voile du palais et à déraciner toute la tumeur de bas en haut et de dedans en dehors. Voyant que l'hémorrhagie était peu abondante, je procédai sans désemparer et, par une plaie extérieure nouvelle, à l'enlèvement d'un ganglion lymphatique dégénéré qui reposait contre le pharynx, dans le bas de la région parotidienne. La ligature devint inutile, et je l'ôtai le lendemain. Il ne survint d'abord rien d'inquiétant, la plaie était détergée, lorsque de la diarrhée, de l'adynamie et des symptômes d'empoisonnement purulent se montrèrent le dixième jour et amenèrent la mort le dix-huitième [1].

1. A cette époque, comme nous l'avons déjà dit, la septicémie qui faisait d'affreux ravages dans les hôpitaux parisiens tuait énormément d'opérés.

« L'examen des pièces a prouvé qu'il ne restait rien de cancéreux en dedans, ni en dehors du pharynx et que tous les gros vaisseaux avaient été respectés. Les plaies étaient en grande partie cicatrisées, nous ne trouvâmes aucune lésion métastatique dans les viscères ; le gros intestin seul parut enflammé. Cette terminaison malheureuse ne prouve donc pas moins qu'il est à la rigueur possible, et qu'il y a quelquefois lieu de tenter l'enlèvement des cancers du gosier, comme ceux des autres organes. (Méd. opérat., III, p. 558, dernière édition). ».

En 1836, Warren (*Traité des tumeurs*) fit connaître un cas très intéressant de cancer amygdalien. Il s'agit d'une femme âgée de soixante-cinq ans, bien constituée, habituellement bien portante, qui s'était aperçue, six mois avant l'examen, de l'existence d'une légère tuméfaction de l'amygdale gauche, qui gênait la déglutition. Le docteur Schalleck, à qui elle s'était adressée, la traita par les antiphlogistiques, puis le mal ayant résisté, il ponctionna la tumeur, mais il n'en sortit que du sang. Le néoplasme faisant des progrès s'étendit vers les parties molles du palais et gêna les mouvements de la mâchoire. Il prit enfin toutes les allures d'un cancer. Lorsque Warren fut appelé, il trouva un état général (forces, digestions, appétit) encore assez satisfaisant. Il constata l'existence d'une tumeur dure au côté gauche du gosier, s'étendant supérieurement sur toute l'arrière-bouche, postérieurement dans les choanes, inférieurement jusqu'à la mâchoire inférieure, avec laquelle elle adhérait fortement. Le voile du palais était également intéressé. La tumeur fut saisie avec une érigne double et entraînée en avant à travers la bouche maintenue ouverte par un spéculum. Elle fut entièrement disséquée avec un bistouri

boutonné. On arrêta les pertes de sang assez abondantes à l'aide du fer rouge. Les suites opératoires furent bonnes et la malade guérit. A l'examen de la tumeur, on trouva qu'il s'agissait d'un véritable squirre ulcéré.

En 1846, Fano présenta à la Société anatomique une amygdale enlevée par Roux à une femme de quarante ans environ, qui paraissait d'ailleurs bien portante. Il fit également l'ablation d'une petite tumeur située en arrière de la tonsille à l'angle de la mâchoire. La glande paraissait un peu hypertrophiée et, à l'une de ses extrémités, existait une tumeur du volume d'une noisette, qui sembla être de l'encéphaloïde à tous ceux qui l'examinèrent.

Vidal de Cassis, dans son *Traité de chirurgie*, se borne à mentionner le cas de Warren et surtout celui de Velpeau, suivi d'opération, sans faire de remarques personnelles.

Valleix se contente également d'exposer le peu qu'on savait de son temps sur la question ; mais les quelques faits (ceux de Warren et de Velpeau) qu'on possédait alors lui permettent, avec son sens critique si exercé, de tracer un tableau assez fidèle de l'affection. Le mal présenterait, en somme, l'aspect suivant : « Une tumeur bosselée, irrégulière, dure au toucher, occupant les amygdales, écartant les piliers du voile du palais, gênant les mouvements de la mâchoire, la déglutition et quelquefois la respiration, tels sont les principaux caractères de cette maladie. Lorsque cette tumeur est ulcérée, il survient des douleurs extrêmement vives ». L'expectoration deviendrait fétide, sanguinolente et l'inspection permettrait alors de constater l'existence d'un ulcère irrégulier. La durée du mal serait assez longue, et l'*état général assez longtemps*

satisfaisant[1]. Le mal n'aurait été observé que chez des individus déjà âgés.

Le traité de Lobstein contient une observation de cancer amygdalien probablement métastatique. Un homme de soixante-quinze ans, d'une taille élevée, affaibli par une longue maladie et entré à l'hôpital civil de Strasbourg était atteint d'une dysphagie telle qu'il ne pouvait presque avaler aucun aliment. Il portait en outre, à la partie supérieure et antérieure de la cuisse droite, une tumeur grosse comme la tête d'un enfant à terme, complètement indolente. Le malade mourut de suffocation peu après son entrée. L'examen de la tumeur de la cuisse montra qu'une expansion du fascia lata la recouvrait immédiatement et lui fournissait une espèce de kyste. Sa surface présentait un aspect mamelonné, analogue à celui de la surface du cerveau, dont la plus grande partie de la masse morbide avait l'aspect et la consistance. Ce qu'il y avait de plus remarquable, dit Lobstein, c'est que les amygdales très tuméfiées étaient converties en la même substance cérébriforme.

Le même auteur rapporte un fait emprunté à la pratique d'Aronsohn. Il s'agit d'un cancer de l'amygdale gauche, ayant déterminé une métastase cancéreuse sur l'épiglotte et l'autre sur le cartilage aryténoïde. « Un homme de soixante ans, d'une constitution détériorée, tisserand, ayant passé la moitié de sa vie dans les ateliers bas et humides, éprouva à l'âge de cinquante-cinq ans, après plusieurs jours de vomissements fréquents accompagnés de mouvements convulsifs, une apoplexie

1. En effet, les néoplasmes du cavum et même ceux de l'oropharynx ont une marche qui, souvent au début et pendant assez longtemps, est indolente et attire peu l'attention.

nerveuse, qui entraîna la paralysie de la langue et l'affaiblissement de la mémoire. Celle-ci revint peu à peu et l'organe de la parole reprit aussi à la longue ses fonctions, quoiqu'il restât quelque difficulté dans la prononciation.

« Trois ans après, le sujet de cette observation commença à s'apercevoir que la déglutition se faisait moins facilement et qu'en respirant il éprouvait de la gêne. Cet état empirant, il consulta le Dr Villemin, plus tard le professeur Caillot. Ce dernier, explorant le gosier du malade, en trouva l'amygdale droite considérablement tuméfiée ; avec le seul secours de ses doigts, il put en détacher une portion du volume d'une grosse noix, ayant tout à fait la consistance et l'aspect des encéphaloïdes.

« Plusieurs mois après, Caillot et Aronsohn trouvèrent l'isthme du gosier presque entièrement obstrué par les deux amygdales tuméfiées. La partie antérieure du thorax de cet homme leur parut déprimée, sa cavité semblait rétrécie ; l'inspiration était difficile et lente, tandis que l'expiration, plus courte, faisait entendre une espèce de sifflement. Le malade se trouvait dans un état d'anxiété très pénible à voir ; il paraissait incessamment menacé de suffocation. Le corps était émacié, et la couleur du visage pâle et terreuse ; mais les traits étaient à peine altérés par les efforts continuels que le malade était obligé de faire pour respirer. La déglutition s'exécutait avec difficulté, le pouls était très faible et les forces extrêmement abattues. Cependant, ce malheureux continuait à se livrer au travail, et c'est après avoir traîné deux mois qu'il expira paisiblement et sans agonie.

« *Autopsie.* — Une tumeur arrondie, peu consistante, mais dans quelques points très molle et riche en vaisseaux sanguins, ayant quinze lignes de diamètre transversal sur

sur un pouce de hauteur, était située sur le cartilage aryténoïde ; en l'abaissant, on fermait complètement l'ouverture du larynx. A l'intérieur, la tumeur présentait de la substance encéphaloïde, ferme dans quelques points et ramollie dans d'autres.

« Une seconde tumeur de même nature, de quinze lignes de diamètre, perpendiculaire sur six lignes de diamètre transversal, s'était développée à la base de l'épiglotte, du côté droit, et empêchait, par sa présence, l'abaissement de cette espèce de soupape.

« L'amygdale gauche avait pris un développement très grand, avec dégénérescence encéphaloïde. L'amygdale droite, moins grosse, présentait la même altération, ainsi que les ganglions lymphatiques des deux côtés du cou. »

Lebert (*Traité d'anatomie pathologique*, 1851) consacre quelques lignes à la question. « Le cancer peut occuper une amygdale ou les deux à la fois. On le rencontre habituellement sous la forme de tumeur développée dans l'épaisseur de ces glandes, et, à une période plus avancée, il se présente sous l'aspect d'un ulcère étendu qui offre tous les caractères d'un ulcère carcinomateux. Nous avons observé cette forme chez une femme âgée, qui a succombé dans l'espace de quelques mois à cette maladie, sans présenter à l'autopsie de localisation du cancer dans d'autres organes. »

En 1852, Schaw (*Transactions of the path. Soc. of London*) a cité le cas d'une femme, âgée de cinquante-trois ans, ayant, depuis un an, une sorte de tumeur de l'isthme, s'étendant en haut jusqu'au voile et en bas jusqu'à l'épiglotte. Les ganglions cervicaux étaient envahis. L'amygdale se montrait très volumineuse.

Dans l'observation de Sydney Jones, les lésions parais-

saient porter surtout sur les ganglions cervicaux qui étaient énormes, mais les amygdales étaient également envahies (probablement lymphosarcome ?) et les ganglions maxillaires paraissaient atteints.

En 1854, Dufour présenta à la Société anatomique, une tumeur de l'amygdale enlevée par Ricord. L'examen histologique, vérifié par Verneuil et Follin, prouva qu'il s'agissait d'une tumeur cancéreuse contenant fort peu de cellules et composée surtout de noyaux libres (terminologie de Robin), c'est-à-dire de cellules à protoplasma peu abondant et à substance nucléaire très développée.

En 1859, Marsdel (*Lancet*, octobre) rapporte l'observation d'un cancer de l'amygdale gauche. Chose intéressante et qui prouve bien l'indolence fréquente du début, le malade ne s'était aperçu que de l'hypertrophie ganglionnaire, et ne soupçonnait même pas l'existence d'une tumeur de l'arrière-gorge, tant celle-ci était peu gênante. L'amygdale gauche semblait détruite par une ulcération formant une large cavité, limitée par le voile du palais et par les piliers du côté gauche, ulcérés à leurs bords. La luette était intacte. L'hérédité semble ici prouvée par l'existence d'un cancer du sein chez une sœur du malade.

Mentionnons que, la même année, dans une discussion à la société de chirurgie à propos d'un procédé opératoire, Maisonneuve dit avoir observé plusieurs cas de cancer de l'amygdale. Morel rappela qu'il en avait vu un exemple nettement limité à une tonsille chez un malade opéré par Nélaton. Chassaignac déclara aussi en avoir rencontré quelques faits dans sa pratique.

Ceci montrait bien que le mal n'était pas si exceptionnel qu'on le supposait ; aussi est-il assez surprenant de voir les articles du Dictionnaire Jaccoud et Dechambre être si peu explicites à cet égard.

Lasègue consacre, au contraire, un chapitre intéressant à la question, dans son *Traité des angines*. S'excusant sur l'insuffisance de sa description due au peu d'abondance et au laconisme surprenant des matériaux existant alors dans la littérature médicale, il ajoute : « Il m'a semblé néanmoins que, dans un livre consacré à l'histoire des angines, je n'avais pas le droit d'omettre une affection peu commune, mais implacable. C'est, faute de mieux, rendre une façon de service à la science que de signaler une lacune aussi profonde. » Après avoir fait allusion pour les éliminer aux cancers du voisinage, propagés secondairement à l'isthme, et s'attachant aux seuls néoplasmes malins développés primitivement dans cette région, il affirme que le plus souvent, ils commencent par la tonsille. « Non seulement l'affection cancéreuse débute dans l'arrière-gorge, mais elle a pour siège exclusif l'amygdale. » L'observation suivante de squirrhe de l'amygdale, avec engorgement ganglionnaire énorme et suivi de mort, donnerait, suivant lui, une idée suffisante de l'allure du mal.

« Le 11 septembre 1867, entre dans mon service à l'hôpital Necker, salle Saint-André, n° 8, un homme de quarante-huit ans, souffleur de verre, d'une constitution robuste.

« Cet homme fait remonter le début de l'affection à environ six mois. Il aurait été d'abord incommodé par une sécrétion exagérée de la salive, par ce qu'il appelle un goût suret dans la bouche. Plus tard, une gêne des mouvements de la base de la langue serait survenue, sans difficulté dans la déglutition et sans douleur prononcée de l'arrière-gorge. Peu à peu l'angine, la sensation d'une boule ou d'un corps étranger dans la gorge augmenta, sans s'accompagner davantage d'une douleur vraie.

« A l'inspection, je constate une hypertrophie de l'amygdale droite qui, par comparaison avec celle du côté gauche, a triplé de volume. L'amygdale est profondément excavée par une ulcération qui s'étend, entre les deux piliers violets, œdématiés, mais exempts de toute lésion caractéristique, jusqu'à la base de la langue. La surface ulcérée est recouverte d'une fausse membrane grisâtre, sous laquelle on aperçoit de petits épanchements sanguins. Le doigt, introduit dans la bouche, perçoit aux points envahis une rigidité cartilagineuse sans analogue dans les autres affections de l'amygdale. La bouche exhale une odeur d'une fétidité particulière. A l'angle de la mâchoire, il existe un ganglion unique, volumineux, à peu près indolent.

« En dehors des phénomènes locaux, le malade, pâle, anémique par le fait des hémorragies, ne se plaint d'aucun trouble général de santé.

« Le diagnostic ne pouvait laisser de doute. Il ne s'agissait évidemment pas d'une lésion syphilitique, la seule qui peut être mise en question.

« A la fin du mois de septembre, sous l'influence de la médication détersive, les parties ont changé d'aspect. La fausse membranne a disparu, l'ulcération est rosée et ressemble à une plaie en voie de réparation.

« Un mois plus tard, le malade déclare qu'il a repris ses forces, la physionomie est meilleure, mais la tuméfaction s'est naturellement augmentée.

« Douleurs lancinantes très aiguës dans l'oreille droite, ganglions plus volumineux et plus douloureux au toucher, difficulté croissante de la déglutition. A la vue, on dirait que le voile du palais est œdématié. L'amygdale augmente de volume ; elle est toujours dure par place,

excavée, fongueuse en quelques points. La déglutition est devenue de plus en plus douloureuse. Vers le 15 novembre, une névralgie faciale droite se déclare subitement et provoque une souffrance incessante, diffuse, sans points douloureux prédominants. Le sommeil est impossible.

« L'état local s'agrave ; le gonflement ganglionnaire est énorme ; l'haleine est d'une odeur repoussante. En ouvrant la bouche avec effort, on voit que le mal a gagné le côté droit.

« Le 24 novembre, la névralgie cesse subitement. La mâchoire est plus mobile. La gorge ne cause plus de douleurs au malade, mais il ne peut avaler que du potage.

« Encouragé par ce mieux relatif, le malade veut quitter l'hôpital pour rentrer dans sa famille. L'amygdale droite est encore recouverte de végétations fongueuses qui forment comme une sorte de champignon.

« Quinze jours après sa sortie, cet homme est rentré dans un service de chirurgie, où je n'ai pu suivre l'évolution de la maladie ; j'ai su qu'il avait succombé au bout de deux mois, autant par suite d'inanition que de cachexie cancéreuse. »

Chez un autre malade de Lasègue, âgé de soixante-cinq ans, ébéniste, qui s'était contenté de venir aux consultations externes de l'hôpital, cet auteur a pu suivre pendant huit mois le développement de l'affection. « Le malade n'avait jamais eu ni hémorragies, ni douleurs. L'amygdale gauche avait été affectée ; peu à peu le voile du palais et l'amygdale droite avaient été envahis, mais secondairement et sans avoir jamais présenté l'aspect d'une lésion cancéreuse analogue à celle qui siégeait du côté gauche. Le dévelop-

pement des ganglions n'était pas énorme. La salivation, très pénible au début, avait été remplacée par une sensation de sécheresse étendue à toute l'arrière-gorge. Le malade était, dès sa première visite, dans un état d'extrême maigreur. Il n'éprouvait ni soif, ni faim et semblait s'être condamné à une inanition demi-volontaire, plutôt par dégoût pour les aliments qu'à cause d'une difficulté invincible de la déglutition. L'amygdale gauche et plus tard les deux piliers du même côté donnaient au doigt la sensation d'une résistance squirreuse.

« L'amygdale présentait d'abord trois excavations qui finirent par se rejoindre et dont les bords frangés, inégaux, indurés, rappelaient grossièrement au contact les dents d'une scie. Je n'avais, dans toute la durée de mon observation, constaté ni trouble ni gêne des fonctions respiratoires. » La voix avait graduellement changé de timbre, mais seulement en proportion de la gêne des mouvements de la mâchoire. Lasègue ne put assister à la fin du mal, de même qu'il n'avait pas pu observer les débuts de celui-ci ; mais les renseignements obtenus de la famille prouvent bien que la mort fut due au cancer.

Le fait suivant observé aussi par l'éminent clinicien, qui concerne probablement un épithélioma de l'amygdale, est remarquable par sa marche lente et les douleurs névralgiques qui caractérisèrent celle-ci ; au début on avait pensé à une angine syphilitique et administré inutilement l'iodure de potassium. Il ne s'était pas développé d'adénite symptomatique.

« La malade, âgée de quarante-sept ans, sage-femme, n'avait jamais souffert de la gorge. Une seule fois, il y quinze ans, elle eut un phlegmon tonsillaire qui guérit comme d'habitude, sans laisser de traces.

« Le premier malaise guttural date de cinq ans : sensation de chaleur et de sécheresse, se suspendant la nuit, s'exagérant le jour, pas de dysphagie. Dans le courant de la première année, douleurs névralgiques occupant presque exclusivement tout le côté droit du cou et de la nuque, plutôt continues qu'intermittentes qui durèrent huit mois.

« Les choses restèrent pendant trois ans environ dans le même état.

« Deux ans après, sans cause connue, les accidents locaux redoublèrent presque subitement d'intensité ; la déglutition devint de plus en plus difficile.

« La malade constata alors, dit-elle, des ulcérations sur la luette, sur le voile du palais, mais ne put se rendre compte des autres modifications qui avaient eu lieu.

« Elle fut considérée par plusieurs médecins comme atteinte d'angine syphilitique, mais la médication spécifique ne produisit aucune amélioration. Il ne s'était pas développé de glandes autour du cou.

« Les symptômes actuels sont ceux dont cette femme se plaignait depuis plusieurs mois et qui n'ont varié ni d'intensité, ni de nature ; pas d'élancements, ni gêne, ni douleurs ; mais douleur assez vive dans chaque effort de déglutition de la salive ou des aliments. Les aliments liquides sont seuls tolérés.

« La santé générale ne semble pas avoir été affectée.

« A l'examen local, on constate des lésions qui, saisissantes à première vue, sont, à cause même de leurs dimensions extrêmes, difficiles à exposer. Les amygdales, peu saillantes en dedans, saillantes sous la peau. sont dures, cartilagineuses ; le voile du palais déformé semble se continuer avec la paroi postérieure du pharynx

J'éliminai l'angine syphilitique et conclus à un épithélioma de l'arrière-gorge, sans avoir eu, depuis, les moyens de contrôler ». Le mal évolua lentement vers la fin habituelle.

Le cas suivant (quatrième observation de Lasègue)[1] est moins douteux. « Je n'incline pas moins à croire, dit-il, qu'il existe une forme de cancer épithélial de l'arrière-gorge non encore décrite, confondue le plus souvent avec l'angine syphilitique rebelle, caractérisée par des altérations profondes, n'entraînant pas d'engorgement ganglionnaire et n'ayant pas la gravité du cancer proprement dit », qu'il considère comme des cancroïdes. « Une femme de vingt et un ans entre le 24 avril à la salle Sainte-Thérèse, n° 14. Elle avait été toute sa vie bien portante, lorsque, il y a trois ans ses règles s'arrêtèrent brusquement pour revenir au bout de quatre mois. Ily a quinze mois, nouvelle cessation des règles qui depuis lors n'ont plus reparu.

« A partir de cette époque, se déclare un certain état anémique et il y a six mois, un eczéma du cuir chevelu guéri aujourd'hui. Vers le milieu de mars, la malade se plaint que les aliments reviennent par le nez pendant les efforts de déglutition et la malade en arrive à ne pouvoir se nourrir que de bouillon et de potage.

« Le mal de gorge fait de tels progrès que cette femme se décide à entrer à l'hôpital ; pas de syphilis. A l'examen de la gorge, on constate que le pilier antérieur gauche est plus saillant ; l'amygdale du même côté est plus volumineuse et présente, au centre, une ulcération à bords déchiquetés, de couleur cuivreuse, enduite d'un

1. En somme cet auteur est le premier pour ainsi dire à avoir nettement distingué des cancers lents à réaction longtemps faible (sarcomes ? épithéliomas ?) et des cancers à marche rapide (carcinomes ?).

mucus épais, coagulé, qui recouvre également une partie du pharynx. L'amygdale droite est saine, le voile du palais est rougeâtre, sans œdème, le pharynx est mobile et a conservé sa motilité normale. La voix est un peu nasonnée, malgré la perméabilité des fosses nasales.

« Le toucher de l'amygdale donne la sensation d'un corps dur ; les bords saillants, granuleux de l'excavation ulcéreuse sont manifestement indurés. La pression du doigt est douloureuse, mais ne provoque pas de nausée.

« Le 13 mai, quelques points du pharynx semblent s'être ulcérés, mais un examen plus attentif fait voir que la membrane muqueuse desséchée, inégale, est seulement recouverte de mucus ; le pilier gauche est livide et s'œdématie.

« L'ulcération garde le même aspect ; pas de fétidité de l'haleine, moins de douleurs.

« 5 juin. L'ulcération de l'amygdale gauche s'est étendue aux piliers antérieur et postérieur. Le voile du palais est rouge, épaissi. A droite, le pilier postérieur est rougeâtre, épais, dur au toucher. Les ganglions restent indemnes.

« Le 15, le voile du palais est d'un rouge de plus en plus foncé ; l'œdème a envahi la luette. Les piliers gauches, et, à un moindre degré, les piliers du côté droit sont le siège d'une induration cartilagineuse qui se prolonge sur tout le voile du palais, à l'exception de la luette qui conserve sa souplesse et sa mollesse normales.

« L'ulcération tonsillaire s'est étendue, le pilier postérieur est en partie rongé et détruit ; elle se termine brusquement au niveau du pharynx. Le fond de l'excavation, d'un gris sale, semble plus profond, autant qu'on en peut juger à la vue et au contact.

« L'amygdale fait saillie au-dessous de l'angle de la mâchoire. Pas d'hypertrophie des ganglions voisins.

« La douleur en avalant a quelque peu diminué, la pression est également moins douloureuse.

« La malade, malgré mon conseil, a quitté brusquement l'hôpital et je n'ai pas eu occasion de la revoir. Le diagnostic reste donc indécis. » Comme on le voit, la longue marche de l'affection, l'induration des surfaces ulcérées, l'aspect des lésions s'accordent assez bien avec le diagnostic de Lasègue, auquel a manqué malheureusement le critérium histologique.

Le cas d'Erichsen (*Sciences and art of Surgery*, 1864) concerne un squirrhe de l'amygdale gauche. Une femme âgée de cinquante ans est reçue à l'hôpital pour une tumeur de l'amygdale en apparence cancéreuse. Elle s'était toujours bien portée et avait cinq enfants en parfaite santé. Elle prit un rhume, en octobre précédent, ainsi qu'un mal de gorge qui persista ; un mois après, elle s'aperçut d'un gonflement douloureux de l'amygdale et en même temps d'une induration des ganglions cervicaux. L'appétit diminua et elle maigrit rapidement.

A son entrée, on trouva une large tumeur occupant la position de l'amygdale gauche. Cette production morbide s'enfonçait derrière la racine de la langue, et on pouvait constater, par l'introduction du doigt, qu'elle était en rapport avec l'épiglotte. Elle présentait une consistance nodulaire, et la muqueuse qui la recouvrait était plus rouge qu'à l'état normal. Le voile du palais n'était pas compris dans la tumeur ; il n'y avait pas de douleur à la pression, ni d'ulcération superficielle. La tumeur était ferme et recouverte d'un mucus blanchâtre. On pouvait voir cependant les ganglions correspondants du cou très hypertrophiés. On ne crut pas prudent d'opérer.

Le fait remarquable dans cette observation est l'absence d'ulcération à une période déjà avancée de la maladie ; cependant la consistance de la tumeur, sa marche envahissante, l'engorgement considérable des ganglions, ne doivent laisser planer aucun doute sur la nature sûrement cancéreuse de cette affection.

L'observation suivante, due à Bryandt, est également un squirrhe siégeant dans l'amygdale droite « d'une consistance pierreuse » et dont on ne put suivre plus de quatre mois l'évolution du mal. Ici, le fait intéressant est le jeune âge du malade comme dans la quatrième observation de Lasègue. William S., âgé de dix-sept ans, n'ayant jamais eu la syphilis, entre à l'hôpital pour tumeur ulcérée de l'amygdale droite, datant de six mois. A l'examen, on constate une masse carcinomateuse, dure comme de la pierre, ulcérée, et à marche progressive. Pendant les quatre mois qu'il vint consulter à l'hôpital, le mal s'accrut continuellement ; il s'amaigrit d'une façon excessive, et il allait mourir quand on le vit pour la dernière fois.

Bryandt considère comme un carcinome encéphaloïde, le cas suivant, remarquable par son évolution rapide et l'énorme engorgement ganglionnaire.

Henri S., soixante-deux ans, avait un cancer mou de la tonsille gauche, datant de six mois, avec hypertrophie des ganglions du cou depuis trois semaines. Il souffrait de l'oreille gauche depuis deux mois et avait de la difficulté à avaler. On le suivit pendant trois mois ; le mal fit toujours des progrès. La mère de cet homme avait été opérée à quarante-six ans d'un cancroïde de la lèvre ; elle était encore bien portante à quatre-vingt-huit ans.

Quel que fut l'intérêt des cas restés épars que nous venons de relater, ceux-ci demeuraient sans grande influence

sur le public médical, les maîtres éminents de la chirurgie française ou étrangère se contentant de vagues allusions. Lasègue lui-même n'avait pu qu'esquisser assez vaguement la question et mettre simplement en relief une forme très intéressante : le cancroïde. Une monographie sur le sujet s'imposait.

Polland vint combler cette regrettable lacune en faisant paraître sur la question (*British and foreign médico-chirurgical Review*, 1872) un excellent mémoire d'ensemble qui a été consulté et utilisé par tous les écrivains postérieurs. Il montra d'abord que ces néoplasmes tonsillaires paraissent peut-être plus rares qu'ils ne le sont, parce que, dans la plupart des autopsies, on se préoccupe peu des amygdales. Ainsi, dans le relevé statistique de Tanchon, sur neuf mille cent dix-huit décès parisiens, de 1830 à 1840, on ne voit signalés que trois cas de cancer des amygdales ; sur les cinq cent vingt cas de cancers réunis par le docteur Sibley, huit fois la région bucco-parotidienne était envahie. Sur cinq cents cas de cancers qu'il avait observés, Paget n'en aurait vu que deux de tonsillaires (Backer). Polland établit une variété encéphaloïde et une variété squirreuse. Il aurait vu la première de celles-ci chez un homme encore jeune, robuste, atteint au niveau de l'amygdale gauche d'un cancer.

G. M., bien constitué, robuste marin, âgé de trente-quatre ans, d'une parfaite santé antérieure et sans antécédents héréditaires, se présente dans les conditions suivantes : six mois auparavant, sans causes connues, son amygdale gauche était devenue volumineuse et sensible. On la considéra comme enflammée et on en excisa une portion. Aucun soulagement ne s'en suivit ; le mal réci-

diva et un ulcère mollasse s'établit au point sectionné. Il en résulta de la gêne dans l'articulation des sons et dans la déglutition, ainsi qu'une dyspnée surtout marquée la nuit. A son entrée, l'amygdale malade paraissait très hypertrophiée; elle débordait sur l'isthme du gosier, et son sommet offrait une ulcération indolente, de l'étendue d'un pouce et demi de diamètre. En dehors de la tumeur se trouvait un petit noyau solide, situé dans l'angle sous-maxillaire et de la grosseur d'une noisette. Ce petit noyau était sensible à la pression.

Du reste la santé générale était bonne et il n'y avait pas la moindre trace de syphilis ancienne. Dans l'espace de trois semaines, la tumeur doubla de volume, les symptômes devinrent plus graves et nécessitèrent l'intervention du chirurgien. La situation de la tumeur, ses dimensions considérables, son développement dans l'intérieur de la bouche contre-indiquèrent toute opération intra-buccale; l'opération se fit par la partie externe au moyen d'une incision courbe.

Examen de la tumeur. — Elle était molle, friable, légèrement lobulée, d'une couleur gris-rougeâtre. A la coupe, il s'écoula une grande abondance de suc laiteux, épais. Au microscope, la structure de l'amygdale et celle du ganglion furent reconnues identiques, composées de cellules de dimensions moyenne et uniforme, ovoïdes, contenant des noyaux et beaucoup d'entre elles un nucléole.

L'encéphaloïde plus embryonnaire aurait la marche la plus rapide et le pronostic le plus fâcheux à brève échéance.

Pour le squirre, il s'en rapporte à Erichsen. Burnett aurait observé un cas semblable chez une femme de soixante-cinq ans. Il croit que le fait mentionné par

Rizzoli et consigné dans son *Traité de chirurgie* appartenait également au cancer fibreux. Du reste, dit-il, Maisonneuve en aurait vu plusieurs exemples. Cette variété serait à allure plus lente, moins pénible, mais tuerait à la longue aussi fatalement que la précédente.

A côté du cancer primitif, il y aurait le cancer secondaire et le cancer métastatique, ainsi que le prouve un cas de Lobstein (celui du sarcome du fémur ayant envahi par embolie les deux amygdales).

Enfin, il distingue une dernière espèce qui serait le lymphosarcome et il en rapporte un fait emprunté à Moxon.

---

b) Cancer lymphatique (lymphome et lymphosarcome)

Ceci nous amène à parler de la deuxième espèce de tumeur maligne que l'on peut retrouver à l'amygdale et qui, suivant son degré de gravité, est appelée lymphome ou lymphosarcome.

Entrevue par Bennet en 1850, mais décrite réellement par Virchow, un an plus tard, la leucocythémie avait été vite répartie en deux formes principale, la leucocythémie proprement dite et la lymphadénie, suivant qu'il y a ou non multiplication considérable de globules blancs du sang. Or, les observateurs ne tardèrent pas à constater que parmi les localisations multiples du mal, il fallait compter les amygdales. Isambert a trouvé deux fois les tonsilles hypertrophiées sur les quarante-deux observations de leucocythémie qu'il a réunies. Wunderlich les a vu grossir d'un pouce

de long sur un demi-pouce d'épaisseur dans un cas de leucémie intestinale. Plus récemment PANAS avait noté une hypertrophie amygdalienme considérable dans un cas de leucémie ganglionnaire, et l'examen histologique prouva qu'il s'agissait d'un adénome. Dans le fait de MOXON, déjà mentionné à propos de Polland, s'il y avait lymphadénie, c'est-à-dire absence de multiplication de globules blancs, l'aspect de l'amygdale était semblable. On constatait de plus l'augmentation de volume de l'amygdale linguale, des ganglions cervicaux et bronchiques, de la rate. Dans le stroma amygdalien, se rencontraient de grosses cellules plus volumineuses que les cellules lymphatiques et contenant un gros noyau à plusieurs nucléoles, puis, dans un réticulum très fin, des cellules lymphatiques jeunes si nombreuses que le pinceau les chassait très facilement de leur niche où elles se trouvaient comme à l'étroit. L'observation de VERNEUIL est très analogue à la précédente. On y trouve signalée en effet, en même temps que l'augmentation de volume des ganglions cervicaux et bronchiques, une ulcération blafarde, à bords minces, de l'amygdale gauche hypertrophiée. A côté existait une ulcération palatine à bords sinueux et taillés à pic. Notons encore qu'OLIVIER et RANVIER ont vu les follicules clos de la base de la langue (amygdale linguale) gros chacun comme des grains de maïs : les lésions étaient celle de l'hyperplasie simple.

JACCOUD et LABADIE-LAGRAVE ont cru devoir faire de ces localisations amygdaliennes une forme à part de la leucémie ; et en effet, dans certains cas, celles-ci se rencontrent isolées ou du moins prédominantes. D'ailleurs l'envahissement hâtif de tonsilles imprimerait au mal des allures un peu spéciales. « En tant que lésion locale, dit DEMANGE,

les lymphadénomes des amygdales ne déterminent que les symptômes de l'hypertrophie de ces organes ; le plus souvent la tumeur est unilatérale et a presque toujours, jusqu'ici, siégé du côté gauche ; son aspect est grisâtre cérébriforme ; son tissu est ordinairement assez friable ; le volume des amygdales peut être considérable, déterminer des accès de suffocation et la gêne de la déglutition ; mais l'envahissement des ganglions cervicaux axillaires (Moxon, Panas), lié au progrès de la cachexie, peut seule faire penser à la malignité de l'affection. Combien de temps l'affection peut-elle rester silencieuse, ne se révélant que par une simple augmentation de volume des tonsilles ? Les observations nous manquent pour le dire. Le début peut simuler l'hypertrophie simple, l'hypertrophie scrofuleuse ou syphilitique ; aucun symptôme objectif ne permet un diagnostic à ce moment. C'est donc à l'examen des antécédents du malade et de son sang, qu'il faudra avoir recours. Il est possible que quelques-unes de ces hypertrophies des amygdales, si fréquentes surtout chez les enfants, ne reconnaissent pas d'autres causes. C'est là toute une série de recherches à entreprendre ». Passaquay a montré que l'hypertrophie de la glande peut être consécutive et non antérieure à la polyadénite cervicale. Mais la forme primitive est amplement prouvée par les cas de Fouilloux et de Rouault.

Le lymphosarcome avait déjà été distingué virtuellement par Virchow, quand il dit que les pires cas sont ceux où les masses se développent très rapidement, se montrent envahissantes et sont très riches en éléments médullaires. Langham et Lucke étudièrent ses formes tout spécialement malignes et leur donnèrent leur nom actuel. Lawrence les considéra comme des cancers très malins

et en effet l'observation qu'il rapporte et qu'on trouvera plus loin justifie amplement cette assertion pessimiste. D'autre part, nous rappellerons ici que Mossler a observé, dans un cas, des lésions pharyngiennes qu'il a appelées pharyngite et stomatite leucémiques. Les muqueuses buccale et pharyngienne présentaient quantité de tumeurs brillantes, d'aspect médullaire, et les amygdales hypertrophiés offraient des saillies analogues et très développées. Le sang contenait un globule blanc pour trente globules rouges. Les symptômes de la pharyngite leucémique étaient constitués, en outre des petites saillies mentionnées précédemment, par une inflammation intense caractérisée par de la rougeur, de la tuméfaction, une sensation d'ardeur, de gêne, de la dysphagie, etc. L'allure paraissait à peu près celle de l'angine scorbutique. Il y avait polyadénite concomitante.

Il nous faut encore mentionner quelques faits remarquables par certaines particularités. Carswell a publié, sous le nom de cancer encéphaloïde, un cas intéressant de tumeur cérébriforme de la rate, des amygdales et des ganglions lymphatiques.

Il s'agit d'un homme de trente à quarante ans qui avait vu, quelque temps auparavant, se gonfler ses ganglions du cou, puis ceux de l'aisselle et de l'aine, sans que la maladie fut douloureuse. Peu de jours avant son entrée à l'hôpital, il remarqua que sa déglutition devenait difficile ; ce qui le décida à entrer à l'hopital où il succomba rapidement.

A l'autopsie, on trouva, de chaque côté du cou, des chapelets ganglionnaires s'étendant de la mâchoire à la clavicule et se rejoignant à une autre masse analogue, du côté de l'aisselle. Les ganglions sousmaxillaires et

sublinguaux étaient également hypertrophiés. Tous étaient enkystés dans une capsule mince, et ferme, d'apparence cérébriforme, mais qui, distribuée d'une façon inégale, donnait à la coupe des apparences fort différentes, comme pour les circonvolutions cérébrales.

Les amygdales et les glandes rétropharyngiennes participaient à la dégénérescence et obturaient complètement l'orifice du pharynx. Les tonsilles paraissaient converties en masses cérébriformes, parsemées de petits foyers hémorrhagiques.

Hodgkin, qui discuta ce cas, le considéra comme un exemple de cancer encéphaloïde. N'est-ce pas plutôt un fait de lymphosarcome, ainsi que semble l'indiquer l'envahissement des ganglions et de la rate ?

Le lymphome malin observé par Lawrence concerne un cultivateur âgé de quarante-cinq ans, d'une bonne santé antérieure, qui entra à l'hôpital pour une volumineuse hypertrophie tonsillaire, gênant la déglutition. Il fallut morceler la tumeur, pour l'enlever ; car elle ne pouvait rentrer dans l'anneau de l'amygdalotome. Peu de mois après, elle avait pris de nouveau le volume d'un œuf de poule et obstruait tout le pharynx. Il fallut l'écraser pour pouvoir l'extraire. Cependant la structure n'était pas celle du lymphosarcome, mais bien du lymphome. Quelques mois après, troisième récidive ; mais cette fois-ci les ganglions cervicaux envahis faisaient un relief considérable dans toute la région sterno-mastoïdienne, et le cas sembla inopérable.

Le cas de Moxon est considéré eomme du lymphosarcome par Polland. Il s'agissait d'un homme de soixante-et-un ans, bien portant, venu à Guy's-hospital pour se faire enlever des ganglions hypertrophiés. Etant donné l'état

général, satisfaisant en somme, l'intervention semblait assez bien indiquée. On trouva des ganglions intimement adhérents entre eux et au paquet vasculo-nerveux du cou. Ils paraissaient atteints de dégénérescence encéphaloïde. Des accidents asphyxiques, déterminés par un œdème de la glotte, emportèrent le malade trente-quatre heures après l'opération. A l'autopsie, on constata une généralisation aux ganglions bronchiques et à ceux du médiastin. L'amygdale gauche gonflée dépassait six à huit fois sa grosseur habituelle ; hypertrophie concomitante de l'amygdale linguale. L'examen histologique ne paraît pas avoir été pratiqué.

Dans l'observation suivante, due à l'obligeance de Duret et consignée dans la thèse de Passaquay, le microscope démontra qu'il s'agissait bien du lymphome simple. « Dufort, Alexandrine, lingère, entrée le 12 avril 1873, sortie le 1er mai, salle Sainte-Magdeleine, hôpital Saint-Antoine, service de M. Anger. La malade se plaignait de douleurs dans la gorge, de gêne dans la déglutition et même dans la respiration. La pression est douloureuse derrière l'angle de la mâchoire inférieure ; on remarque également une légère tuméfaction dans cette région. Au fond de la gorge, on aperçoit des amygdales énormes faisant saillie dans l'isthme du gosier, de manière à le fermer presque complètement. La rougeur n'est pas trop accentuée, mais on découvre sur la surface des amygdales plusieurs plaques grisâtres, humides, offrant en un mot tous les caractères des plaques muqueuses. Cette femme nie cependant tout antécédent syphilitique, mais on découvre sur différentes parties du corps une éruption papulo-squameuse dont l'origine n'est pas douteuse. On enlève immédiatement une des amygdales avec l'amygdalotome

et on prescrit un traitement à l'iodure de potassium. Quelques jours après, on enlève la seconde amygdale. A partir de ce moment la malade fut soulagée, quinze jours après elle sortait dans un état d'amélioration évidente. »

L'examen histologique montra une hypertrophie de la substance adénoïde. « Les parties de l'amygdale reséquée sont à peu près de la grosseur d'une noix. Sur une coupe perpendiculaire, on aperçoit un tissu blanc grisâtre, d'une consistance molle, peu vasculaire. A l'examen microscopique, fait avec beaucoup de soin par M. Duret, interne des hôpitaux, on reconnaît assez facilement que la tumeur est due à l'hypertrophie simple du tissu lymphatique ; c'est un lymphadénome ».

Le cas de Fouilloux est aussi un lymphadénome de l'amygdale; mais ici le cas est d'autant plus intéressant que les lésions amygdaliennes paraissent avoir été nettement primitives. Notons aussi l'existence concomitante d'un anévrysme de la carotide. « Le 16 octobre 1871, se présente, à la maison de santé, un homme de trente-cinq ans, adressé par un médecin de Noisy-le-Grand. Le médecin envoie en même temps une note portant: phlegmon de l'amygdale et de la région cervicale droite, survenu depuis vingt jours, trachéotomie urgente.

« Cet homme, en effet, paraît en proie à une suffocation intense. La bouche et surtout l'arrière-gorge est remplie par une tuméfaction du volume d'un œuf de poule, rouge violacé, sans fluctuation manifeste.

« Depuis la parotide jusqu'à la symphyse du menton, existe une tuméfaction qui empiète en bas sur la région sus-claviculaire; la peau qui la recouvre est peu distendue et a conservé sa coloration normale; la tuméfaction est dépressible, sans qu'on puisse se prononcer sur l'existence de la fluctuation. Le larynx n'est pas dévié.

« Le malade fait remonter à quatre semaines le début de cette tumeur, tant interne qu'externe.

« Quelques heures après son entrée, on pratique une ponction au bistouri ; il ne sort que du sang. Quand il s'est écoulé deux ou trois palettes de sang plutôt veineux qu'artériel, le malade pâlit; au bout de cinq minutes, il est pris d'un spasme, et tombe sans pouvoir être rappelé à la vie par les tentatives de respiration artificielle faites pendant un quart d'heure.

« L'autopsie n'a pas pu dépasser la bifurcation de la trachée.

« La bouche est remplie de caillots sanguins diffluents ; un peu de sang tapisse la face interne du larynx et de la trachée. La tumeur remplit la moitié droite de la cavité buccale jusqu'à la paroi postérieure du pharynx.

« Les ganglions cervicaux et vertébraux sont tous hypertrophiés. Le centre de la tumeur est rempli de caillots sanguins. Les veines jugulaires, l'artère carotide primitive, la carotide externe, passent au-devant de la tumeur et en dehors.

« La carotide interne présente une dilatation anévrysmale.

« L'examen de la tumeur, fait par M. Ranvier, a démontré l'existence du tissu réticulé avec des cellules lymphatiques ».

Cette observation a donné lieu au sein de la Société anatomique à une discussion que Passaquay reproduit dans sa thèse et que voici ;

« M. Malassez.—Il y a deux choses à examiner dans cette tumeur, la périphérie et le centre. La périphérie paraît formée par un lymphadénome ; le centre est occupé par la carotide qui devient adhérente à son entrée dans la

tumeur ; plus on s'avance dans celle-ci, plus l'adhérence devient intime, et on tombe bientôt sur une poche anévrysmale, probablement formée par destruction de la paroi artérielle par la tumeur ; autour de cette poche, on trouve enfin une couche de caillots passifs. Il semble qu'il se soit formé primitivement un lymphadénome et que les parois artérielles, étant altérées par la tumeur, il se soit fait un anévrysme, d'où l'épanchement sanguin qui entoure la poche.

« M. Chassaignac dit que la dilatation de la carotide date d'une époque assez éloignée, que l'anévrysme ait débuté ou que la tumeur l'ait précédé ; le temps écoulé depuis le début de la maladie, quatre semaines, est évidemment trop court pour expliquer les altérations constatées.

« M. Malassez. Je suis de l'avis de M. Chassaignac. Ce travail a dû demander un temps assez long. »

Ce fait, comme on le voit, montre que le lymphosarcome, en altérant les gros vaisseaux, peut, comme le sarcome ordinaire et les tumeurs malignes épithéliales, amener des accidents formidables.

Voici, d'autre part, le cas bien connu de Mossler.

S..., âgé de vingt-deux ans, ouvrier, avait souffert dans son enfance d'adénites cervicales répétées et d'autres affections scrofuleuses qui avaient à peu près disparu plus tard, et depuis, il avait joui d'une santé non interrompue. Il n'avait pas eu, autant qu'on put s'en assurer, d'affection syphilitique.

Au printemps de 1854, il éprouva à plusieurs reprises des douleurs abdominales passagères. Au mois de juin, ses ganglions sous-maxillaires se gonflèrent rapidement au point de gêner les mouvements masticatoires ; il éprouva de la céphalalgie frontale et de la dyspnée, et ne fut soulagé momentanément que par des épistaxis répé-

tées. Puis, tous les symptômes s'aggravèrent, s'accompagnant bientôt de dureté de l'ouïe et de sueurs nocturnes et, en même temps, l'appétit, loin de diminuer, augmentait au contraire.

Entré à l'hôpital le 3 octobre, tous ces symptômes persistaient. Le malade se plaignait en outre de difficulté dans la déglutition et l'articulation des sons, de salivation, d'une sensation de sécheresse et de chaleur dans la bouche, de soif vive, d'insomnie et d'une grande faiblesse.

Il avait la face cyanosée et bouffie. Les ganglions sousmaxillaires formaient de chaque côté une tumeur du volume d'un poing et présentaient une consistance variable; les uns étaient durs, les autres, c'étaient les plus volumineux, très mous.

Ils étaient peu sensibles, et la peau qui les recouvrait n'était pas altérée. Les gencives étaient tuméfiées et le siège d'une vive injection qui s'étendait à la muqueuse buccale. Les amygdales semblaient très volumineuses. L'haleine était fétide. Les ganglions axillaires et inguinaux paraissaient également peu gonflés.

Le 5, la surdité et la tuméfaction des ganglions se montraient un peu diminuées et l'état général paraissait s'être amélioré.

Le 9, coliques, diarrhée qui cédèrent à une décoction médicamenteuse. Bientôt des ulcères scorbutiques apparurent aux gencives ; collutoires acides.

A partir de la mi-octobre, on eut recours à l'huile de foie de morue sans résultats avantageux.

En novembre, les gonflements ganglionnaires augmentèrent rapidement ; d'autres apparurent à la région mastoïdienne et à la nuque ; l'appétit diminua et les sueurs nocturnes devinrent abondantes.

A partir du 8, le malade, qui maigrissait à vue d'œil, dut garder le lit, tourmenté par une toux sèche accompagnée de fièvre et d'une insomnie opiniâtre. L'alimentation et la médication (décoction blanche avec eau de laurier-cerise, bière, bouillon, etc.) ne firent qu'aggraver la fièvre qui devint continue; l'appétit languit de plus en plus.

La soif, la chaleur à la gorge, la céphalalgie, l'abattement et l'amaigrissement ne cessèrent de faire des progrès; la diarrhée revint.

Le 22, les extrémités inférieures étaient infiltrées; assoupissement, respiration râlante; mort le lendemain.

A l'autopsie, on trouva toutes les parties molles, comprises entre l'os hyoïde et le sterno-mastoïdien, infiltrées d'une matière lardacée ; les ganglions lymphatiques de cette région, volumineux, atteignaient jusqu'au volume d'un œuf de poule, la plupart étaient très mous, friables et présentaient une coloration rouge foncé. Le microscope n'y révélait que les éléments de l'hypertrophie simple.

Les amygdales paraissaient hypertrophiées ; la muqueuse qui recouvrait celle du côté droit se montrait gangrenée ; la muqueuse du voile du palais était boursouflée ; ganglions bronchiques presque tous mous et injectés, ainsi que le thymus.

La plèvre droite était le siège d'un épanchement séreux abondant; les poumons fortement œdématiés ne contenaient pas de tubercules; sur toutes les coupes, leurs vaisseaux laissaient échapper des caillots jaune verdâtre, libres dans leur calibre, et une petite quantité d'un sang très fluide. Des caillots semblables se retrouvaient dans toutes les cavités du cœur. L'aorte, les veines caves et la veine porte contenaient du sang de même aspect ; les

caillots semblaient formés presque exclusivement par des globules blancs.

Les follicules clos de l'intestin étaient hypertrophiés ; la rate et le foie se présentaient avec leur volume normal et n'étaient pas altérés. Reins hyperémiés avec quelques taches jaunes dans la corticale ; les ganglions de l'aîne et de l'aisselle étaient très volumineux.

Mentionnons enfin ici le cas de Panas dont l'observation a été prise par Valtat, interne du service. Elle est intéressante à plus d'un point de vue.

« Rivière (Louis), ferblantier, âgé de quarante-six ans, entre, le 21 décembre 1871, dans le service de Panas, à Saint-Louis, pour une tumeur volumineuse qu'il porte dans la gorge depuis trois mois et demi environ.

« Jusqu'à cette époque, il a toujours joui d'une bonne santé et, dans sa famille, il ne connaît rien qui de loin ou de près ressemble à sa maladie.

« Le début de cette dernière s'annonça par un sentiment de gêne dans la gorge, marqué surtout pendant la déglutition ; en même temps, l'ouïe faiblissait à gauche, et la région parotidienne de ce côté était le siège d'une tuméfaction notable. Un médecin consulté lui fit des insufflations d'une poudre blanche, mais sans résultat ; son affection fit des progrès rapides.

« Le gonflement de la région parotidienne envahit bientôt toute la moitié gauche du cou et, au bout de trois mois, la tumeur de l'amygdale avait acquis un tel développement que l'isthme du gosier était obstrué presque complètement.

« La déglutition devint alors très pénible ; la voix, nasonnée au début, s'affaiblit de jour en jour et ne put bientôt plus articuler de sons. Puis survint un écoulement

continuel de la salive par la bouche entr'ouverte et un amaigrissement rapide.

« A son entrée, on constata, outre une maigreur très accusée, une décoloration complète des téguments, dont la blancheur mate, transparente, rappelle l'aspect de la cire vierge. La moitié gauche du cou, surtout au niveau de la région parotidienne, est le siège d'une tumeur énorme, multilobée, de consistance élastique. La peau, très amincie en certains points, est violacée et adhérente.

« L'amygdale du même côté est remplacée par une masse considérable de tissu grisâtre, très friable, identique comme aspect à la substance cérébrale grise. Cette tumeur repousse fortement le voile du palais en avant et descend assez bas dans le pharynx pour qu'on ne puisse atteindre sa limite avec le doigt. Jamais d'écoulements sanguins et douleurs peu marquées au toucher.

« Le 11 janvier 1872, opération partielle pratiquée dans le but de soulager le malade dont la respiration est devenue impossible.

« La tumeur, ne résistant pas aux pinces, est morcelée avec les doigts, et une quantité assez notable du tissu morbide est enlevée du pharynx.

« Le lendemain, le malade garde le lit ; il a de la fièvre et des douleurs assez vives dans la gorge ; le cou est le siège d'une tuméfaction considérable, en même temps que d'une rougeur assez vive. Cet état dure quelques jours, et, le 20 janvier, apparaît un point fluctuant qui est incisé et donne issue à une grande quantité de pus épais et rougeâtre.

« Peu après, je fis l'examen de la tumeur. Je pensais qu'il s'agissait d'un lymphadénome. J'eus recours d'ailleurs à Ranvier qui confirma mes soupçons.

« L'exploration du système lymphatique fut faite alors avec soin et permit de constater les particularités suivantes : de chaque côté, surtout à gauche, les ganglions inguinaux sont le siège d'une tuméfaction notable indolente, que n'explique d'ailleurs aucun état local ; le malade, en effet, n'a pas d'ulcération à la verge et il n'a jamais eu qu'une chaudepisse à quinze ans. Les ganglions lombaires sont pris aussi, et la palpation permet de reconnaître un empâtement très manifeste. Dans l'aisselle gauche, il existe un ganglion tuméfié, mobile et indolent, du volume d'une noix. Enfin, la rate qui dépasse en bas les fausses côtes de trois travers de doigts forme une masse à grand axe dirigé de haut en bas et de dehors en dedans, et mesurant dix-huit centimètres dans ce sens sur douze centimètres de diamètre transversal. D'ailleurs, la percussion à ce niveau ne cause aucune douleur. Le foie paraît plus petit que d'habitude. Enfin les urines sont normales et la vue est bonne.

« Le 6 février, une nouvelle exploration montre que la rate a diminué beaucoup et qu'elle a repris ses dimensions normales ; en outre, les ganglions inguinaux sont à peine sensibles ; malgré cette amélioration apparente dans l'état local, le malade s'affaiblit journellement et reste au lit.

« Le 8, nouvelle opération partielle ; une notable portion de la tumeur pharyngienne est enlevée avec les doigts, mais le soulagement est de courte durée. Bientôt gêne de la respiration et de la déglutition, et la tumeur du cou s'ulcère en plusieurs points qui donne issue à un liquide sanieux et fétide.

« Dans la suite, le malade suffoque et le lendemain, à cinq heures, la trachéotomie est pratiquée d'urgence.

« Le 10, on constate des signes évidents d'excitation du grand sympathique. La pupille gauche est très resserrée, l'ouverture palpébrale du même côté est sensiblement diminuée; enfin il existe une congestion peu marquée, mais non douteuse de la conjonctive.

« La respiration se fait assez facilement grâce à la canule. Le malade reste plongé dans une sorte de torpeur.

« Le 20 et jours suivants, il rejette par la canule des mucosités filantes. Tous les jours, la tumeur du cou augmente et s'ulcère davantage. Il survient alors de la diarrhée; des escarres se montrent au sacrum et aux trochanters, et le malade tombe dans le dernier degré du marasme.

« Le 12 mai, nouvel examen du sang aussi concluant que le premier ; soixante à quatre-vingts globules blancs. Mort peu après.

« Des fragments de cette tumeur, après avoir séjourné deux jours dans l'alcool, sont plongés dans une solution très faible d'acide chromique où ils se durcissent rapidement.

« Des coupes sont pratiquées dans tous les sens, puis colorées par la solution ammoniacale de carmin, traitées par l'acide acétique et conservées dans la glycérine.

« L'examen microscopique y décèle la présence d'un tissu réticulé dont les mailles sont remplies de cellules rondes lymphatiques. Le réticulum, qu'on voit très nettement sur les bords des préparations et mieux encore sur des coupes traitées au pinceau, prend naissance sur les parois des capillaires qui contiennent de nombreux leucocytes accusés par le carmin; il est très net et paraît plus épais qu'à l'état normal.

« Les cellules qui remplissent les mailles sont rondes,

à un noyau et mesurent de huit à neuf millièmes de millimètres.

« Quant aux capillaires, ils sont nombreux ; ils apparaissent avec des parois très larges et contiennent, comme cela a été dit plus haut, des globules blancs en grand nombre. Ajoutons que, sur plusieurs préparations, on retrouve la muqueuse tapissant la tumeur, et ne présentant d'ailleurs aucune particularité. »

---

c) Tumeurs bénignes de l'amygdale.

On peut se risquer à dire que celles-ci étaient inconnues des nosologistes de l'époque. Elles sont passées entièrement sous silence dans les traités de chirurgie et dans les articles de dictionnaire. Il y a bien dans la thèse de Passaquay, si intéressante à consulter sur d'autres points, une rubrique de ce nom ; mais elle ne comprend que les gommes syphilitiques et l'hypertrophie amygdalienne. Cependant ici, comme pour d'autres affections, la littérature médicale possédait déjà quelques matériaux ignorés, bien épars et bien rares, il est vrai, sur la question.

Nous pouvons noter ainsi qu'en 1858, Curling constata chez un individu de cinquante-et-un ans, d'aspect maladif, ne souffrant pas de la gorge, mais à la parole embarrassée et éprouvant un peu de dysphagie, une tumeur volumineuse remplissant en grande partie la bouche et l'isthme. Pâle, lisse, dure, elle s'insérait sur l'amygdale droite, masquant la luette et la tonsille gauche. Curling, pour se donner du jour, fendit la joue à droite à partir de la commissure, puis détachant avec le bistouri ou les ciseaux les

adhérences de la muqueuse avec la tumeur, il parvint, après avoir désencapsulé suffisamment la masse morbide, sur le pédicule de celle-ci. Là, craignant une forte hémorragie, il s'arrêta et posa une ligature qu'il resserra successivement à l'aide d'un tourniquet. La tumeur tomba au bout de deux jours; guérison rapide. L'examen des pièces anatomiques sembla démontrer qu'il s'agissait d'un fibrome. Cependant la présence de deux gros ganglions sous-maxillaires, d'ailleurs indolents, et le marasme du sujet laissent des doutes. Il est possible du reste que l'adénite fut due à une autre cause concomitante, à la tuberculose par exemple.

Le fait suivant est plus authentique. Il fut recueilli, dans le service de Verneuil, par Bourdone, en 1873. La tumeur avait débuté chez le malade âgé de quarante-et-un ans, cinq ans auparavant. Le patient avait remarqué que sa voix devenait nasillarde, et qu'il ronflait très bruyamment la nuit, de telle sorte que sa femme le réveillait, d'autant plus qu'il avait l'air de suffoquer. Lors du premier examen médical, on constata les faits suivants : Amygdale droite grosse comme un petit œuf de poule, à grand diamètre vertical. La tumeur descendait dans le pharynx jusqu'au niveau de la base de l'épiglotte. En haut, elle s'étendait jusqu'au bord postérieur de la voûte palatine. Elle obstruait presque complètement l'isthme, ne laissant qu'un petit pertuis à gauche. La luette était fortement déviée à gauche. La masse morbide paraissait bridée en quelque sorte par les piliers du côté droit. La partie recouverte par la muqueuse semblait lisse et régulière ; la partie libre avait son aspect lacunaire habituel, et se montrait l'analogue de celui du côté opposé. La tumeur était élastique, dure, un peu fluctuante en cer-

tains points, surtout à sa partie centrale fortement bombée en avant. Quoique immobile, on pouvait la soulever un peu avec le doigt qu'il était possible d'insinuer derrière elle. Pendant les mouvements de déglutition, le voile du palais, remontant sur elle, en laissait une plus grande portion à découvert.

Les explorations ne sont aucunement douloureuses ; pas de saillies au-dessous de l'angle de la mâchoire, pas de ganglions, pas de douleurs. Le malade avale bien sans difficulté ; lorsqu'il mange très vite cependant, quelques parcelles d'aliments reviennent parfois par le nez. La tumeur n'a jamais saigné. Pas de troubles de la respiration, mais voix nasillarde ; respiration libre par les deux narines également. L'état général du malade est très bon, il paraît d'une excellente constitution ; il n'a nullement maigri depuis cinq ans.

Le 19 juin, Verneuil pratique l'opération. Après avoir ponctionné avec l'aspirateur le centre de la tumeur sans retirer une seule goutte de liquide, il sectionne le pilier antérieur du voile du palais qui bride la tumeur et énuclée celle-ci avec le doigt sans grande difficulté ; la trouvant très adhérente à la fosse amygdalienne par une languette de tissu, ressemblant à celui de l'amygdale, mais plus dur, il sectionne ce pédicule avec les ciseaux. Pas la moindre hémorragie pendant ni après l'opération. Durant les premiers jours, les boissons sont difficilement avalées et reviennent en partie par les fosses nasales. La plaie se cicatrise rapidement, le malade sort le 27 juin et huit jours après, il revient à l'hôpital complètement guéri ; on remarque seulement une ligne cicatricielle près de l'extrémité droite du voile, la luette est attirée de ce côté. Le malade avale bien, ses crises nocturnes et ses ronflements ont cessé ; la voix a repris son timbre normal.

A l'examen anatomique pratiqué par Thaon, la tumeur, grosse comme un œuf de poule, paraît contenue dans une coque fibreuse ayant la couleur et la dureté de la tunique albuginée du testicule. Elle présente quelques bosselures du volume d'une lentille, les unes jaunâtres et répondant à une portion de tissu qui constitue la tumeur, les autres sont bleuâtres et formées par de petits kystes uniloculaires ou multiloculaires, contenant soit de petits caillots, soit un liquide séro-sanguinolent. A la coupe, la tumeur est formée de deux portions, l'une centrale qui semble constituée par le tissu amygdalien et contient un grand nombre de kystes, dont un très volumineux, qui s'est rompu pendant l'opération ; l'autre périphérique, de couleur jaunâtre, très dure et d'aspect fibreux, qui contient elle-même quelques kystes qui touchent à ceux de la partie centrale. C'est le tissu central qui formait le pédicule et tenait à la fosse amygdalienne.

Au microscope, M. Thaon constate que la tumeur est composée en très grande partie de tissu fibreux à divers états de développement. Ce tissu semble avoir eu pour point de départ l'adventice des vaisseaux et le réticulum des follicules. Dans le stroma, on remarque, en outre, des cavités remplies des matières muqueuses et des vaisseaux de nouvelle formation ayant donné lieu à quelques hémorragies. Quant aux follicules de l'amygdale, les uns ont subi la transformation fibreuse, les autres ont conservé leur réticulum intact, mais sont absolument dépourvus de cellules lymphatiques. Cette matière fibreuse, riche en substances muqueuses, pourrait bien n'être que le résultat d'une inflammation très lente et très ancienne.

III. — TUMEURS DU PHARYNX PROPREMENT DIT

a) Fibromes naso-pharyngiens

Les tumeurs du pharynx, étant donnée l'ignorance complète dans laquelle se trouvaient les nosologistes pour ce qui a trait aux autres néoplasmes du cavum et de l'oropharynx, se bornaient, à peu près, pour l'époque, à la connaissance des polypes nasopharyngiens.

Comme les auteurs des périodes précédentes, notamment du XVIIIe siècle, avaient déjà fourni sur les particularités de ces tumeurs un grand nombre de renseignements, et que leur histoire anatomique et clinique était déjà dégrossie, nous n'indiquerons ici que les progrès les plus marquants accomplis pendant les deux premiers tiers du XIXe siècle, afin d'éviter des redites inutiles.

L'étiologie, bien qu'elle soit restée dans le vague, suscita cependant quelques recherches intéressantes. Si les auteurs du *Compendium de chirurgie* gardent sur les causes un mutisme absolu, se bornant à dire qu'on observe cette affection chez les jeunes sujets, Gerdy incrimina l'influence de traumatismes antérieurs, comme l'avait fait autrefois Levret. Beaucoup accusaient la scrofule étant donné le faciès lymphatique des malades. Si on admettait que l'âge adulte n'est pas favorable à l'éclosion de ces néoplasmes, on était moins d'accord sur les limites inférieures. Robin-Massé cita des exemples observés chez des enfants de cinq ans et même moins.

Vorson, de Versailles, aurait même vu un polype nasopharyngien chez un nouveau-né (tumeur congénitale ?). L'influence du sexe masculin était universellement admise et cependant les faits de Bonnes, de Nimes, et de Duménil, de Lyon, avaient été recueillis chez des femmes [1]. A la Société de chirurgie, en 1870, Richard, Demarquay, Labbé mentionnèrent des faits de ce genre. Cependant la majorité des membres présents se prononça avec Guyon contre l'existence de véritables polypes nasopharyngiens hors du sexe masculin, opinion qui sembla, du reste, contredite en 1873 par les faits très étudiés de Verneuil [2]. Ceux-ci paraissent échapper en grande partie aux objections élevées par les partisans de l'idée contraire [3].

Le *point d'implantation* primitif, abstraction faite des adhérences secondaires, fut l'objet d'avis assez différents. Suivant Gosselin, il pourrait exister sur une zone assez large comprenant non seulement la voûte du cavum et l'apophyse ptérygoïde, mais encore des parties franchement nasales, telles que les parties les plus reculées de la lame criblée de l'éthmoïde et des cornets. Verneuil, Follin, Flaubert,

1. Marjolin a rapporté le cas d'une fillette de deux ans entrée à l'hôpital Sainte-Eugénie, en 1861, pour une tumeur du pharynx occupant les fosses nasales et la partie supérieure du pharynx. Le début du mal resta imprécis. Etat presque asphyxique. L'exploration permit de reconnaître que le nez et le pharynx se trouvaient en grande partie obstrués. Nombreuses adhérences avec le voile du palais. En présence du jeune âge du sujet et de son état général, on songeait à une opération palliative; mais la mort survint quarante-huit heures après l'admission.

2. Quant au cas communiqué par Verneuil, en 1869, à la Société de Biologie, c'est probablement celui d'un néoplasme malin. Il s'agissait d'une femme d'une cinquantaine d'années ayant succombé au marasme cachectique. On trouva dans la tumeur une grande quantité d'éléments cellulaires et beaucoup de vaisseaux.

3. Chez la femme, les polypes nasopharyngiens n'ont pas de relations bien étroites avec la puberté. On les rencontre dans l'adolescence ou aux deux âges extrêmes de la vie (Pluyette, *Revue de Chirurgie*, 1887, et Bensch, *Thèse de Berlin*, 1878).

Laugier, Gerdy, Robert acceptèrent cette façon de voir. L'école de Nélaton, au contraire, s'en tenait à une localisation étroite et n'incriminait que la voûte du pharynx. Desruelles et Robin-Massé, allant même plus loin que le maître, affirmèrent que les polypes nasopharyngiens ne s'inséraient que sur l'apophyse basilaire [1]. A ce niveau en effet existe un périoste très épais, très vasculaire, dont la disposition ne tarda pas à frapper les observateurs. Lorrain insista sur ce point en 1860 : « Le périoste à ce niveau est remarquable par son épaisseur et par son adhérence intime aux surfaces osseuses. Tout ce périoste est remarquable par l'intime adhérence des faisceaux fibreux qui le constituent, par le petit diamètre des fibres lamineuses et par l'absence presque complète des fibres élastiques ». Finalement, les idées de Nélaton gagnèrent énormément de terrain ; cependant, les partisans de l'opinion de Gosselin ne se tinrent pas pour battus. Tout en admettant que les choses se passaient le plus souvent comme si les polypes naso-pharyngiens s'inséraient en effet sur la voûte, ils s'efforcèrent de prouver que des adhérences très solides et d'apparence primitive se montraient parfois sur une bien plus grande étendue. Robert sembla prouver même par un cas bien net que

1. « Il résulte, dit Robin-Massé dans sa *Thèse*, des autopsies publiées, des pièces anatomiques présentées aux différentes sociétés savantes et des discussions auxquelles elles ont donné lieu que ces tumeurs fibreuses ont un point d'implantation fixe. C'est le périoste très épaissi qui recouvre la face inférieure de l'apophyse basilaire de l'occipital et le corps de l'os sphénoïdal. Les tumeurs naissent en avant des muscles grands et petits droits de la tête. Depuis longtemps déjà, Nélaton a démontré que les polypes fibreux naso-pharyngiens ne s'insèrent jamais aux vertèbres cervicales. Cependant, on voit encore Michaux et Robert soutenir que cela est possible. Cette opinion est basée précisément sur les erreurs anatomiques signalées plus haut, c'est-à-dire sur la croyance que toujours les vertèbres cervicales dépassent en hauteur le niveau de la voûte palatine.

l'insertion se faisait parfois sur les premières vertèbres cervicales[1].

La *nature fibreuse* de ces polypes que, pour leur dureté et leur aspect blanchâtre, on compara longtemps aux corps fibreux de l'utérus fut bientôt mise hors de doute. Les anatomo-pathologistes montrèrent qu'ici, contrairement à ce qu'on observe du côté du périoste, les fibres lamineuses se dirigeaient verticalement du point d'implantation vers la partie inférieure du néoplasme, c'est-à-dire qu'elles restaient parallèles entre elles[2]. Cependant, Cruveilhier cite un cas où ces fibres étaient enroulées. L'existence de cellules généralement fusiformes, parfois arrondies, avait été signalée depuis longtemps, mais on niait l'existence de nerfs et de vaisseaux ; on admettait que les hémorragies profuses de ces néoplasmes résultaient d'une vascularisation anormale de la muqueuse de revêtement. O. Weber soutint un des premiers, dans le *Compendium de chirurgie* de Pitha et de Billroth que ces tumeurs pouvaient dégé-

1. Voir pour ce sujet l'article sur les polypes de Marchand dans le *Traité de chirurgie* Duplay-Reclus, 1891.

2. Dans la *Thèse* de Bœuf, on trouve résumées d'une façon intéressante les recherches de Gerdy, Cruveilhier, Rokitanski et surtout Nélaton. « Ces tumeurs, sortes d'hypertrophie du périoste qui leur donne naissance, sont formés d'un tissu résistant, peu élastique, comparable à celui des disques intervertébraux. Le tissu qui les compose est d'un blanc jaunâtre ou grisâtre. Il est ferme, pesant, opaque. Incisé, il crie sous le scalpel. Les fibres n'affectent pas la même disposition que dans le tissu normal. En effet, les fibres du périoste sont entrecroisés dans tous les sens, au lieu que dans ces sortes de tumeurs, les fibres sont disposées en faisceaux parallèles, s'implantant verticalement à leur origine. D'une manière générale, on peut dire que les faisceaux fibreux qui constituent ces tumeurs sont parallèles et très adhérents. Il y a peu de fibres élastiques et peu de vaisseaux dans leur épaisseur. A peine peut-on distinguer ceux qui se glissent entre les faisceaux, mais les capillaires artériels et veineux, qui rampent dans la muqueuse qui leur sert d'enveloppe, sont très visibles. »

nérer et devenir cancéreuses[1]. En 1873, Lannelongue montra, à la Societé de chirurgie, les pièces d'un polype où l'abondance de l'élément cellulaire à toutes les périodes de développement pouvait faire penser soit à un processus très jeune, soit à une transformation sarcomateuse. En 1860, Cloquet avait établi que ces fibromes pouvaient subir la dégénérescence calcaire, du moins partielle. Cruveilhier et Maisonneuve démontrèrent aussi qu'ils pouvaient devenir le siège de productions kystiques[2].

L'observation suivante recueillie dans le service de Nélaton et consignée dans la *Thèse* de Bœuf, est un exemple assez typique des *complications auriculaires* qui peuvent survenir au cours de la maladie. Remarquons que ce polype à trois lobes, qui avait provoqué de l'otite et de la rhinite purulentes, entraîna pendant et après l'opération des hémorragies considérablcs. Le malade succomba au milieu de phénomènes septicémiques fort graves.

« F., vingt-et-un ans, valet de ferme, entre chez Nélaton, le 18 octobre 1849. Enchifrènement depuis un an, surdité il y a six mois; depuis quatre mois, gêne dans la gorge; il y a cinq semaines, il fut forcé de sus-

1. Dans un cas cité par Lebert, une femme jeune encore fut opérée d'un volumineux polype. Le mal récidiva promptement et s'étendit à la mâchoire supérieure. Cusco fit une ablation très large de la masse morbide. L'examen de la pièce par Lebert et Broca ne révéla pas une structure cancéreuse bien nette. Cependant la récidive ne se fit pas attendre, et quelques mois après, Maisonneuve était obligé d'enlever l'autre maxillaire. Peu après, la malade succombait. Pas de métastases viscérales ou d'adénite cancéreuse ; mais les os de la face étaient largement envahis. Lebert en conclut que les polypes nasopharyngiens peuvent, dans certaines circonstances, prendre une malignité toute spéciale.

2. La régression de ces tumeurs, après la puberté, fut signalée pour la première fois par Legouest. Elle fut d'abord généralement niée, puis assez vite acceptée (Lafont, Gosselin, etc.).

pendre ses travaux. Quatre hémorragies abondantes depuis cette époque ; respiration bruyante ; impossibilité de déglutir les solides depuis trois jours, surdité absolue à gauche, un peu d'exorbitisme au même côté ; le voile du palais est repoussé en avant. La tumeur, logée dans le pharynx, présente quelques ulcérations ; elle est sans adhérence avec cette cavité. La narine gauche est complètement occupée par le polype ; douleurs très vives dans les parties malades.

« Le 24 décembre, écoulement purulent considérable par le conduit auditif gauche, déglutition plus difficile et plus douloureuse, peau chaude, pouls fréquent.

« Le 26, otorrhée du côté droit ; ulcérations recouvertes de concrétions pultacées sur le bord libre du voile du palais.

« Le 28, amendement des phénomènes locaux, mais persistance des accidents généraux, fièvre, etc.

« L'opération est faite avec facilité ; la voûte osseuse est ramollie[1], détruite en certains points ; le polype est en grande partie enlevé.

« Deux heures après l'opération, hémorragie assez abondante ; une garde-robe sanguinolente ; pâleur, faiblesse, état syncopal. L'hémorragie reparaît ; la glace, portée au fond de la plaie, arrête l'écoulement du sang.

« La tumeur a le volume d'un œuf de poule ; elle est arrondie, mollasse, sans pédicule bien sensible. L'examen au microscope a démontré à Robin l'association du tissu cellulaire et du tissu fibro-plastique.

« Le 30, lipothymie, fièvre, délire ; état général très grave ; suppuration par les fosses nasales et les conduits auditifs plus fortes que jamais.

1. Voir plus loin le paragraphe sur ces altérations de la voûte du cavum.

« Mort le 2 janvier.

« *Autopsie.* — Collection purulente dans le sinus latéral gauche, entourée d'une enveloppe fibrineuse se continuant dans le golfe de la veine jugulaire et descendant dans celle-ci jusqu'à 3 centimètres au-dessous de l'apophyse transverse de l'atlas. Le sinus sphénoïdal gauche très dilaté communique très largement avec le pharynx et la fosse nasale gauche; la cloison est fortement déjetée à droite. L'insertion de la tumeur se fait au pourtour de cette large ouverture du sinus sphénoïdal, sur la base de la face interne de l'apophyse ptérygoïde, sur la partie postérieure du cornet moyen et le méat supérieur; ce pédicule, peu épais, naît du périoste. La tumeur a trois lobes : un pharyngien, enlevé pendant la vie ; un sphénoïdal; le troisième, nasal, adhère à la cloison. Les membranes du tympan sont perforées, et l'oreille moyenne remplie de pus ».

La littérature médicale possède un certain nombre de faits de ce genre. Rappelons aussi, au point de vue symptomatique, que le caractère essentiellement hémorragique de cette affection fut parfaitement mis en relief ainsi que les conséquences désastreuses qui en résultent pour l'organisme. Nous avons déjà signalé l'opinion des auteurs admettant une transformation cancéreuse ; nous bornerons là nos indications cliniques, le sujet ayant été suffisamment élaboré par les grands chirurgiens du xviiie siècle.

Thérapeutique. — Le traitement est la partie concernant les polypes nasopharyngiens qui a le plus progressé. Continuant glorieusement les traditions de l'Académie de chirurgie, les chirurgiens du xixe siècle perfectionnèrent à un haut degré les interventions à propos de ces tumeurs.

Méthodes d'arrachement. — Pratiquée avec ou sans voie d'accès préliminaire[1], la méthode d'arrachement s'exécutait à l'aide d'instruments très solides, généralement de pinces courtes, massives, très courbées si on pénétrait par les voie naturelles, c'est-à-dire d'emblée vers le pédicule de la tumeur. Mentionnons à ce sujet, d'après Verneuil, l'instrument dont se servait dans ce but Itard au XVIIIe siècle. C'étaient de très grandes tenettes, mesurant un pied, à mors épais, massifs, fenêtrés, concaves, munis à leur face interne d'aspérités pour empêcher le dérapement. « Nos pinces à polypes et nos pinces de Museux sont de véritables joujoux auprès de ces formidables tenailles ». Les tenettes très fortes d'Ollier étaient munies de dents perpendiculairement implantées sur les mors. Le pédicule saisi, on cherchait à l'arracher par la torsion ou la traction. La torsion, efficace quand on peut l'employer, passait en réalité pour difficile parce qu'on ne peut pas placer les pinces près des insertions de la tumeur. On reconnaissait à l'arrachement non seulement le précieux avantage de permettre d'agir par les voies naturelles, quand le polype était petit et sans prolongement trop gênant, mais encore d'enlever le néoplasme en totalité, car on entrainait avec la masse principale toutes les racines. Assez en honneur dans les siècles précédents, ce procédé fut vulgarisé en quelque sorte à la période que nous étudions par Ollier, qui le faisait précéder du reste habituellement d'une résection temporaire des os du nez. On éleva cependant des objections assez sérieuses à la méthode. En effet, quand la tumeur est

1. Les Grecs et les Arabes arrachaient déjà, à l'aide de fortes pinces, les tumeurs d'un volume modéré et n'ayant envoyé que des prolongements pas trop volumineux dans les cavités voisines (voir volumes I et II).

très solidement implantée, il faut l'arracher en quelque sorte morceau par morceau et des hémorragies inquiétantes ont été plus d'une fois le résultat de cette manœuvre. On peut aussi détacher des portions d'os, d'autant plus que le tissu osseux est parfois altéré à la base d'insertion (Forget, Société de chirurgie, 1857). Gosselin, dans sa *Thèse* de concours, cite un cas de méningite survenue après l'arrachement d'un polype nasopharyngien. Le malade du Dr Henry, de Clermont, succomba au même accident, et Ollier perdit aussi deux malades qui furent pris de symptômes cérébraux. Il est juste de dire que ces faits exceptionnels ne se sont produits que quand le mal était déjà à une période très avancée.

Broiement. — Velpeau prétendit échapper à toutes ces difficultés et à tous ces dangers par la méthode du broiement. Il se servait de pinces solides à mors larges et fortement dentés avec lesquels il pressait, tordait et déchirait la masse morbide. Après avoir détruit les portions les plus inférieures, il remontait graduellement et après une première partie, il en broyait une seconde, puis une troisième, etc. Il ne cherchait pas à se débarrasser ainsi de tous les prolongements. Suivant lui, ceux-ci, une fois séparés de la tumeur principale, étaient réduits à l'état de lambeaux privés de vie et ne tardaient pas à se détacher d'eux-même au bout de quelques jours. Il eut ainsi deux succès brillants ; mais son procédé ne se vulgarisa pas, parce qu'il exposait, avec le manque d'antisepsie de l'époque, à l'inflammation, à la suppuration, à la gangrène, des portions du néoplasme resté en place.

Ligature. — C'était le moyen de choix employé par

les chirurgiens du XVIII[e] siècle. Levret y avait apporté de grands perfectionnements (voir vol. II). Dubois simplifia les manœuvres, quand le pédicule n'est pas trop haut placé, en faisant passer l'anse dans un fragment de sonde élastique de 20 à 30 centimètres de long. A ce fragment glissant librement sur l'anse était attaché un fil colorié. Au fur et à mesure que les chefs de la ligature étaient attirés hors des narines par la sonde de Belloc, on dirigeait l'anse ouverte sur le pédicule de la tumeur à l'aide des doigts introduits dans bouche. L'anse, une fois fixée, on retirait le morceau de sonde à l'aide du fil colorié.

Dans les cas où ceci n'était pas applicable, Blandin se servait d'une fourchette à trois dents creuses, dont les deux latérales pouvaient se rapprocher ou s'écarter à volonté de la médiane sous l'influence d'une tige cheminant dans le manche creux de l'instrument. Les dents de la fourchette présentaient à leur extrémité libre une échancrure pouvant être transformée en anneau par le fil métallique qui parcourait le manche de l'instrument et se fixait à l'arrière de celui-ci par un petit bouton. L'anse du fil, dont les chefs devaient sortir par les narines, était posée dans l'anneau dont nous avons parlé. Les dents se rapprochaient pour contourner le voile du palais, puis s'écartaient jusqu'à ce qu'on eût atteint le pédicule de la tumeur; alors un aide tirait fortement les chefs de la ligature pendant que le chirurgien amenait à lui le petit bouton pour transformer l'anneau en échancrure, et retirer le porte-ligature.

Le porte-ligature de Rigaud, nommé aussi polypotome, se composait de trois tiges se mouvant dans une canule. Elles se rapprochaient ou s'écartaient à volonté par un mécanisme très simple. Leur extrémité présentait

une ouverture en bec d'oiseau, dans laquelle on mettait l'anse du fil. Après avoir fait franchir à l'instrument le voile du palais, on ouvrait de la quantité nécessaire pour porter l'anse du fil ainsi dilatée sur le pédicule de la tumeur. Il suffisait ensuite de tirer sur les chefs de l'anse pour que celle-ci abandonnât l'instrument.

L'instrument de Leroy d'Etiolles ne pouvait s'amoindrir comme le précédent pour contourner le voile, mais il permettait de porter la ligature beaucoup plus au ras de la base du crâne. Il se composait d'une canule, dans laquelle était une première tige commençant par un bouton et se terminant par une petite lame métallique concave transversalement. Cette première tige était mobile dans la canule et permettait de donner à l'instrument plus de longueur et de courbure, lorsqu'on était arrivé à destination sur le pédicule du néoplasme. Une seconde tige, engagée dans la précédente, se terminait par une deuxième feuille concave, mobile sur la première verticalement dans une petite étendue.

Voici comment on procédait : on mettait le fil entré dans les deux lamelles qui servaient de support et qu'on appliquait étroitement l'une contre l'autre. On contournait le voile du palais. Une pression sur le bouton de la première tige faisait remonter les deux lamelles rapprochées et chargées du fil. Dès qu'elles avaient atteint le point le plus élevé du pédicule de la tumenr, on détachait l'anse de l'instrument en tirant à soit le bouton de la seconde tige, pendant qu'un aide faisait sortir les deux chefs pendants de celle-ci hors des narines.

Le porte-ligature de Charrière n'est qu'un perfectionnement et une simplification de l'instrument de Leroy.

Du reste, les procédés pour bien jeter l'anse du fil autour du pédicule étaient très nombreux; outre ceux que nous venons d'indiquer, comme la plupart ont été abandonnés, nous ne croyons devoir mentionner que celui de Gerdy. Dans cette méthode, la sonde de Belloc était conduite dans la bouche en passant au-dessus du pédicule et ramenait seulement un des chefs du fil. On la réintroduisait ensuite de nouveau dans la cavité buccale en passant au-dessous du pédicule, et on ramenait en dehors le second chef. Les deux branches de l'anse regardaient ainsi l'une en haut l'autre en bas; pour fermer, on appuyait contre une des parois latérales des fosses nasales.

L'échec de la ligature était l'implantation sessile du polype sur une large surface ou bien les cas dans lesquels la tumeur envoie des prolongements en tous sens. Suivant les auteurs du *Compendium de chirurgie*, il faut délaisser encore cette méthode, même si les deux conditions précitées n'existent pas : 1° lorsque, la surface d'implantation étant très étendue, la partie postérieure du polype présente un plan incliné de haut en bas sur lequel glisse la ligature; 2° lorsque l'implantation étant latérale, entoure ou présente la ligature horizontalement; 3° lorsque l'implantation est tout à fait latérale et supérieure, supérieure et postérieure.

D'ailleurs, souvent la tumeur, dont le pédicule était ainsi serré, s'enflammait et se gangrenait, toujours à cause du manque d'antisepsie de l'époque. L'inflammation gagnait souvent l'oreille ou même les voies respiratoires, amenant de graves désordres. Dans un cas de ce genre, Blandin dut pratiquer la trachéotomie. Dans le fait publié par Moulinié, il y eut mort par asphyxie. L'empoisonnement putride, dans les cas où le néoplasme se sphacélait, fut observé plus d'une fois.

Enfin parfois la masse morbide, se détachant pendant le sommeil du malade, venait boucher les voies respiratoires et déterminer une mort rapide. Dubois cite un fait de ce genre.

Compression lente par les pinces. — Quelques auteurs imaginèrent, pour simplifier la compression déterminée par la ligature, de se servir de pinces dont on plaçait aisément le mors sur le pédicule de la tumeur. L'italien Malinverni appliqua le premier ce procédé. Letenneur, de Nantes, publia le résultat d'une intervention de ce genre, en 1860, dans la *Gazette médicale de Paris* ; le succès fut complet. L'instrument était semblable à l'entérotome de Dupuytren ; avec cette méthode, on resserrait graduellement et à plusieurs reprises les pinces sur le pédicule et on exerçait ainsi une compression lente et progressive. C'est au fond le procédé de Legouest qui a proposé « d'étrangler le pédicule du polype entre le mors d'une pince spéciale articulée à forceps, dont les branches isolement introduites par les narines sont laissées en place jusqu'à la chute spontanée de la tumeur. » Il guérit ainsi complètement une jeune malade après deux récidives.

Ecrasement de la tumeur. — Fallope avait déjà employé ce procédé pour des tumeurs nasales (probablement des polypes muqueux). Péan s'en servit pour des tumeurs d'un volume moyen à l'aide d'un instrument de son invention (voir *Éléments de pathologie chirurgicale* de Nélaton, 2e édition), qui constituait une sorte de pince-scie dont la forme était celle du céphalotribe. Les deux branches étaient placées isolément sur la tumeur qu'on comprimait à l'aide de la vis placée au voisinage de la poignée. En même temps, la lame d'une scie, cachée dans

l'anse des branches, sectionnait la masse morbide par un mouvement de va-et-vient.

Chassaignac enfin a proposé de se servir, pour détacher la tumeur, de son *écraseur linéaire* bien connu. Mais l'expérience démontra que cet instrument ne mettait pas forcément à l'abri des hémorragies; de plus, il est d'une application difficile dans ce cas spécial de polype nasopharyngien.

Excision. — Employée parfois, elle était généralement délaissée à cause des craintes d'hémorragie. On n'y recourait que quand on avait mis largement à nu la tumeur par une voie artificielle d'accès. Parfois la dureté du fibrome forçait de renoncer à l'instrument tranchant (Cas Jarjavay, *Bull. Société de Chirurgie*, 1862).

Rugination. — Elle fut employée par Alphonse Guérin, imitant ainsi un procédé employé quelque temps auparavant par Borelli, de Turin. Bonnes, de Nimes, s'en servit aussi avec succès. Dans tous les cas, l'exécution fut assez facile et ne provoqua pas d'hémorragie sérieuse. Mais cette méthode n'était applicable que quand la tumeur était petite et bien limitée, à moins qu'on ne s'en servit pour détruire les derniers restes du pédicule, afin d'empêcher les récidives.

Cautérisation. — Largement employée par les chirurgiens des siècles précédents, elle fut délaissée parce que, quand la tumeur est très volumineuse, elle nécessite de larges voies d'accès artificielles, ainsi qu'un grand nombre de séances fort douloureuses pour le malade. Richard délaissa le fer rouge pour la pâte de Canquoin; une fois qu'il avait mis la tumeur à nu au moyen de la voie d'accès palatine, par exemple, il creusait un cône dans le néoplasme, plaçait le caustique et déterminait ainsi une eschare qui

grandissait de jour en jour. Il prétendait ainsi se mettre à l'abri des hémorragies, le grand échec quand on voulait enlever les polypes naso-pharyngiens ; mais la longueur des séances et le résultat incomplet de destruction, surtout quand le néoplasme avait des prolongements nombreux, firent rejeter cette tentative. Denucé s'efforça de perfectionner le procédé en attaquant la tumeur non plus par sa base, mais par son sommet. Il eut ainsi un succès chez un malade où les autres procédés d'ablation avaient amené des pertes de sang tout à fait alarmantes. Nélaton, pour empêcher les récidives, lorsqu'il avait détaché par la ligature ou l'arrachement la masse principale, cautérisait le pédicule avec l'acide chlorhydrique ou l'acide nitrique, à l'aide de tubes en verre de 15 centimètres de longueur.

Galvanacaustie thermique. — Elle fut propagée principalement par Verneuil. L'anse se plaçait comme d'habitude, puis le fil métallique était rougi par un courant électrique. La difficulté était de chauffer exactement, ni trop, ni trop peu. Dans le premier cas, on coupait comme avec un bistouri et on s'exposait à de fortes hémorragies ; dans le second cas, on n'agissait pas assez sur les tissus.

Galvanacaustie chimique. — Nélaton est le premier à s'en être servi systématiquement. Arnould Thénard avait construit pour lui un collecteur spécial s'adoptant à n'importe quelle pile. Deux aiguilles de platine étaient enfoncées dans le néoplasme, dont elles amenaient la mortification par décomposition chimique des tissus, ainsi que l'a démontré Ciniselli, l'instaurateur général de la méthode, dont Nélaton fit une application locale. Les séances furent d'abord de dix minutes, plus tard on crut devoir se borner à une durée de deux minutes seulement. Dolbeau et

Guyon appliquèrent aussi avec avantage le procédé à plusieurs cas de polypes naso-pharyngiens. Nélaton entrevit parfaitement que cette nouvelle méthode de destruction offrait un plus large chemin à l'accès par les voies naturelles et qu'il en résulterait peut-être une sorte de révolution dans le traitement des polypes naso-pharyngiens, chaque fois qu'on pourrait intervenir à temps.

Voies artificielles d'accès. — Mais le grand progrès accompli dans le traitement des polypes naso-pharyngiens au cours de cette période ne s'est pas affirmé seulement dans les méthodes de destruction, que continuent à entraver les hémorragies, conséquence d'une technique imparfaite d'hémostase, et les accidents infectieux résultant du manque d'asepsie et d'antisepsie ; il s'est montré surtout dans la création de voies d'accès artificielles, donnant un jour suffisant à l'opérateur et lui permettant, par cela même, de s'attaquer à des fibromes que leur grosseur et leurs nombreux prolongements auraient fait regarder autrefois comme incurables. Il suffit d'inspecter le squelette de la face pour se rendre compte que le cavum peut être abordé par trois directions différentes, qui sont la voie palatine, la voie nasale et la voie maxillaire ou du massif facial. Le besoin de se donner de l'espace était tellement manifeste, il ressortait si bien de la nécessité des choses, que des tentatives dans ce sens avaient été faites dès l'antiquité. Ainsi Hippocrate et Celse fendaient le nez sur la ligne médiane et écartaient les deux volets, ainsi obtenus, pour extraire des polypes volumineux. Guillaume de Salicet, au moyen âge, recommanda vivement ce procédé. Au XVIIIe siècle, Heister et Garengeot préférèrent inciser le sillon naso-génien. C'est au XVIIIe siècle également que Manne, d'Avignon,

sectionna le voile du palais pour accéder par le bas sur le pédicule de la tumeur. Mais la peur de faire des délabrements trop étendus ne permit, ni par la voie nasale, ni par la voie palatine, d'avoir le jour suffisant. En se résignant à de plus grands sacrifices, en perfectionnant les différents temps des méthodes d'accès, les chirurgiens du XIX[e] siècle surent véritablement remplir les indications qui s'imposaient. Nous débuterons par la voie palatine, à peu près délaissée de nos jours, parce qu'elle fait justement partie actuellement du domaine du passé et qu'elle n'est guère plus qu'une curiosité historique.

Voie palatine.

Le véritable créateur de la voie d'accès palatine est incontestablement Nélaton[1], mais il a eu quelques précurseurs. Nous avons relaté autre part (2[e] volume) les recherches de Manne. Ajoutons ici que, dans une opération peu réglée, Dupuytren s'attaqua à la voûte osseuse elle-même. Il s'agissait d'un polype naso-pharyngien, faisant saillie du côté de la joue et du côté de la voûte palatine. Le prolongement génien fut mis à nu par une incision verticale sur la joue et la lèvre. Le lambeau ainsi obtenu fut disséqué et, comme on constata que la paroi osseuse, très altérée, manquait par place, Dupuytren fit l'extraction de la masse morbide avec une curette tranchante. Restait le prolongement palatin. La voûte palatine fut réséquée pour se donner un jour suffisant, et, par cette vaste brèche osseuse, la tumeur tout entière put être arrachée.

Blandin trépana également une fois la voûte palatine pour arracher un prolongement nasal très adhérent.

1. Nélaton est revenu, à différentes reprises, sur ce sujet, dans ses communications à la Société de chirurgie.

Dieffenbach fit aussi deux ou trois fois des tentatives de ce genre pour des cas où la tumeur procidait en bas.

C'est en 1848 que Nélaton fit connaître pour la première fois son procédé. « Le malade est assis, dit-il, sur une chaise, la tête tenue dans l'extension sur la colonne vertébrale, la bouche largement entr'ouverte ; le chirurgien saisit le voile du palais avec une pince et le divise dans toute son étendue par une incision médiane ; puis, avec un petit instrument à lame droite, courte, forte et bien tranchante, il incise la membrane palatine jusqu'à l'os en continuant en avant l'incision du voile jusqu'à deux centimètres des incisives. Avec l'extrémité antérieure de cette incision médiane et longitudinale vient se rencontrer une seconde incision qui est transversale, d'une étendue de trois centimètres ; on a ainsi un T à branche transversale antérieure.

« Avec un fort instrument, une spatule, par exemple, on décolle la membrane palatine de la voûte osseuse subjacente ; ce décollement est difficile à opérer quand on arrive près du voile du palais, car en ce point la membrane de Schneider adhère intimement à la membrane palatine ; on y parvient en incisant petit à petit avec un bistouri boutonné la membrane de Schneider à mesure qu'on décolle progressivement la membrane palatine, et cette division se pratique en rasant le rebord postérieur de la portion horizontale de l'os palatin. On peut faire aussi le décollement en introduisant transversalement la pointe des ciseaux entre la membrane palatine du voile du palais et le feuillet guttural de ce voile et en incisant la membrane de Schneider, de telle sorte que, lorsque le décollement est opéré, on a une sorte de porte à deux

battants dont chacun est constitué dans la partie correspondante à la voûte osseuse par la membrane palatine seule, et dans la partie verticale qui correspond au voile du palais par la muqueuse palatine, la portion de la muqueuse de Schneider qui forme le feuillet guttural du voile du palais et le muscle compris entre elles.

« Les deux lambeaux ainsi obtenus, il faut, les deux battants membraneux étant tenus écartés, réséquer la voûte osseuse, quand celle-ci n'a pas été résorbée, en faisant de chaque côté de la ligne médiane et en avant, le plus près possible de l'incision transversale, deux perforations à l'aide d'un poinçon ; on introduit dans chaque perforation l'une des pointes du sécateur de Liston, avec lequel on résèque la voûte osseuse dans l'étendue de trente-deux millimètres en longueur et vingt-cinq en largeur.

« En enlevant cette portion d'os réséquée, on fait éclater et l'on arrache une portion du vomer. Il faut retirer avec soin les esquilles qui ont pu rester adhérentes à la muqueuse nasale, et régulariser la perte de substance osseuse. »

On procédait ensuite à l'arrachement ou à l'incision du pédicule de la tumeur et on cautérisait finalement avec de l'acide nitrique.

Les idées de Nélaton ne reçurent pas un accueil unanimement favorable. Si son procédé fut accepté par plusieurs de ses éminents confrères des hôpitaux et s'il fut défendu habilement par plusieurs de ses élèves, notamment par Robin-Massé, qui a écrit une thèse remarquable sur le traitement des fibromes, la majorité des chirurgiens français et étrangers se décida, il faut bien le dire, soit pour la voie d'accès nasale, soit pour

l'attaque par le massif facial (résection du maxillaire supérieur)[1].

Voie nasale.

Nous avons déjà dit qu'elle était la plus ancienne. Elle fut d'abord pratiquée d'une façon accidentelle, suivant l'urgence des cas, sans technique bien réglée, dès la plus haute antiquité, ainsi que nous l'avons dit plus haut. Elle ne fut jamais complètement abandonnée, puisque même au XVIII[e] siècle elle trouva des partisans (Garengeot et Heister).

Au commencement du XIX[e] siècle, elle continua à être pratiquée. Ainsi, dans quelques cas, Dieffenbach[2], le célèbre chirurgien allemand, sectionnait le nez sur la ligne médiane jusqu'à la racine de cet organe et écartait les os propres du nez, ce qui était aisé sur de jeunes sujets à sutures molles et faciles à luxer. Rosen, de Marbourg, aurait pratiqué plusieurs fois ce procédé de l'illustre chirurgien allemand. « La division du nez sur la ligne médiane de Dieffenbach a plusieurs fois été exécutée par moi. La plaie guérissait toujours, pour ainsi dire sans laisser de traces. Si la division du nez jusqu'aux os propres ne suffisait pas, on fendait ces derniers sur la ligne médiane et on les écartait de l'os unguis et de l'apophyse montante du maxillaire supérieur, au moins sur un côté. »

Comme le fit remarquer Verneuil, en 1860, cette simple incision permet déjà de s'attaquer à des

1. Cependant, grâce aux perfectionnements introduits par Chalot, ce procédé n'est pas entièrement abandonné, au moins pour quelques cas spéciaux.

2. Le rôle du chirurgien berlinois a été, comme on le voit, assez important, puisqu'il a été un initiateur à la fois pour la voie palatine et la voie nasale.

polypes naso-pharyngiens d'un assez gros volume. En 1868, lui-même opéra par cette méthode, à l'hôpital Lariboisière, un jeune homme atteint d'enchondrome myomateux, tumeur qui avait été prise pour un polype naso-pharyngien jusqu'au moment où l'intervention sanglante eût permis d'arriver jusqu'à lui. Il fit une incision sur la ligne médiane du nez, puis, pour se donner plus de champ, il pratiqua une incision horizontale passant au-dessus de l'aile du nez, sur la lèvre supérieure, se prolongeant un peu en dehors, sans pénétrer toutefois dans la fosse nasale, de manière à ne pas y laisser couler de sang. Alors, prenant des ciseaux, il coupa facilement les os propres du nez et parvint à énucler avec les doigts la plus grande partie de la tumeur. La partie enlevée était du volume du poing. On ne tenta pas la réunion des parties molles pour mieux surveiller les récidives, et ce ne fut que quelques mois plus tard qu'on les sutura pour restaurer la forme normale du nez.

Mais les fosses nasales paraissant décidément trop étroites, quelques-uns devaient fatalement songer à sacrifier les cornets et la cloison. Desprès père, pour ménager les formes extérieures, proposa une résection interne assez étendue du squelette nasal. Voici comment il décrit lui-même son procédé :

« *Premier temps.* — Inciser avec un bistouri dirigé perpendiculairement à la peau les sillons nasolabial et nasogénien. L'incision doit comprendre l'épaisseur des parties molles ; elle sera ensuite dirigée sur le bord antérieur du maxillaire supérieur, depuis le sillon indiqué jusqu'à l'os propre du nez correspondant. Un aide relève la partie latérale du nez ainsi détachée.

« *Deuxième temps.* — Inciser la sous-cloison à son

union avec la lèvre supérieure, continuer l'incision de manière à détacher du derme de la muqueuse, le cartilage triangulaire de l'épine nasale extérieure et la crête qui lui fait suite dans l'étendue d'un centimètre.

« *Troisième temps.* — Introduire parallèlement au plancher des fosses nasales, de chaque côté de la cloison, la branche très étroite d'une pince de Liston ; détacher le vomer aussi près que possible de la voûte palatine et dans toute son étendue. Reporter l'instrument dans la même direction au niveau du bord des os propres du nez et diviser jusqu'à l'apophyse maxillaire. Le *vomer est enlevé* ; c'est alors que l'opérateur doit juger si la voie qu'il s'est créée est assez large, non seulement pour faire agir les instruments, mais encore pour extraire le polype, soit par fragments, soit en totalité.

« Si la maladie a déjà détruit le bord antérieur du maxillaire, il n'y a rien à ajouter à l'opération, sinon, avec la gouge et le maillet ou avec une petite scie, on peut disséquer l'os dans une étendue d'un centimètre ou d'un demi-centimètre. Mais il faut préalablement détacher avec le périoste la lèvre externe de la plaie latérale, cumme on le fait par exemple dans l'ablation du premier segment, en conservant la peau. Le pédicule étant bien reconnu, on l'excise aussi près que possible de sa racine et on cautérise. »

Les méthodes qui vont suivre tendent toutes à ouvrir, plus ou moins largement sur les côtés, ces mêmes fosses nasales pour se créer une voie artificielle d'accès, cette fois suffisante.

Les *procédés d'auvent nasal* véritablement avantageux sont ceux de résection temporaire du nez à lambeau latéral (Chassaignac, Legouest, Denucé), supérieur (Langenbeck, Lawrence), inférieur (Ollier).

Chassaignac est certainement l'instigateur de la méthode qu'il décrivit très complètement dès 1852. Malheureusement pour lui, il resta dix ans sans pouvoir l'appliquer au squelette (les tumeurs ayant détruit plus ou moins les parois osseuses, chez ses premiers opérés). Il dut donc se contenter d'inciser les parties molles, d'après les lignes qu'il avait imaginées. Langenbeck, en 1859, appliqua sur le vivant les idées de son éminent confrère parisien, indépendamment de lui et sans connaître certainement les idées de son devancier sur ce point. Bruns est parti de ce fait pour attribuer au grand chirurgien berlinois tout le mérite de l'invention de la voie nasale artificielle, ce qui est évidemment une injustice. Pour s'en convaincre, il suffit de consulter les dates, ainsi que le fera remarquer Verneuil.

I. — Décrivons d'abord les méthodes d'auvent nasal à *lambeau latéral.*

A) *Procédé de Chassaignac.* — Voici les différents temps tels qu'ils sont indiqués par l'auteur dans son *Traité de l'écrasement linéaire* :

« 1° L'opérateur, placé en place du malade, pratique une incision transversale d'un orbite à l'autre, fait tomber sur cette première incision, du côté gauche, une section verticale descendant un peu obliquement, puis, arrivé au niveau de la partie inférieure des narines, il change brusquement de direction et pratique une incision transversale qui s'étend de gauche à droite, dans toute la largeur de la partie inférieure du nez.

« De cette manière, le nez se trouve inscrit dans un lambeau rectangulaire qui ne tient plus que par un seul côté au reste de la face.

« 2° Au moyen du trépan perforatif, on pratique une

ouverture qui conduit de l'une des orbites dans celle du côté opposé. La scie à chaîne introduite à travers ce conduit permet de sectionner, d'une seule fois et d'arrière en avant, les puissantes attaches qui unissent au frontal la base des os du nez, ainsi que le sommet des apophyse montantes du maxillaire supérieur.

« Il s'agit alors, pour enlever l'espèce d'auvent que représente la voûte osseuse du nez, de faire partir, de chacune de ces deux extrémités interorbitaires qui viennent d'être pratiquées, une section oblique qui va de chaque côté rejoindre le bord de l'orifice cordiforme des fosses nasales, et de cette manière on ouvre une voie spacieuse, surtout lorsqu'on la complète par la section de quelques-unes des lamelles qui, sous le nom de cornets ou de cloisons, pourraient encore exister dans les fosses nasales. Cette voie large et sûre permet d'atteindre avec le dernier degré de précision tous les points de la voûte nasale et pharyngienne.

« Dans les opérations que j'ai pratiquées depuis les deux premières, celle de 1854, et l'autre en 1855, dans celles de 1861 et 1862, afin de laisser adhérer le fragment osseux nasal à la face interne du lambeau, j'ai sectionné avec la scie à chaîne la portion osseuse du côté gauche, avant de détacher le lambeau et, à droite, j'ai fait éclater la portion osseuse restante avec une cisaille dont la branche supérieure était introduite sous le tégument, entre l'os et la peau, tandis que l'inférieure pénétrait par l'orifice nasal, et cela afin de laisser adhérer la paroi osseuse à la face interne du lambeau, avant de renverser celui-ci sur la partie droite de la face. »

Les opérations de Legouest et de Denucé ne sont que de simples modifications du procédé de Chassaignac,

pouvant être adoptées dans des circonstances spéciales où elles présentent quelques avantages.

B) *Procédé de Legouest.* — On pratique une incision débutant au grand angle de l'œil et descendant le long de l'aile du nez jusqu'à mi-hauteur de la lèvre supérieure (Société de chirurgie, 1865), puis on ouvre largement la narine gauche et on renverse en partie le nez à droite, après avoir détruit l'articulation de l'os propre du nez avec l'apophyse montante du maxillaire supérieur. Faisant agir une cisaille sur l'apophyse montante et sur la partie externe et inférieure de l'ouverture inférieure des narines, on renverse ensuite en dehors, d'un coup de ciseau, la paroi interne du sinus maxillaire. La tumeur est arrachée par la narine ainsi agrandie. On laisse la grande ouverture béante, pendant quelque temps, pour surveiller la récidive, puis on met le lambeau en place à l'aide de quelques points de suture.

C) Le *procédé de Denucé* est ainsi décrit par l'auteur : « On fait une incision partant d'un centimètre environ du grand angle de l'œil droit; cette incision, après avoir passé sur la racine du nez, un peu au-dessus des os propres du nez, d'horizontale qu'elle est alors, devient verticale et un peu oblique ; arrivée à l'angle formé par l'aile du nez et la lèvre supérieure, elle redevient horizontale pour laisser parallèlement la base du nez et venir s'arrêter au niveau de l'aile de la narine droite. On fait alors sauter l'insertion des os propres du nez avec le frontal, et la branche montante du maxillaire supérieur d'un coup de ciseau ; puis, achevant l'incision, on détache le nez sur toute la longueur de son côté gauche, en le faisant basculer à droite ; on incise la cloison le plus loin possible du dos du nez et on la sépare en bas, si c'est

nécessaire, avec de petites cisailles, de l'épine nasale inférieure du maxillaire supérieur. Le nez forme alors un vaste lambeau comprenant les tissus cutanés et les os propres du nez, lambeau que l'on rabat sur la joue droite en se servant de toute la longueur du côté droit du nez comme d'une charnière. On a ainsi créé une ouverture ayant environ cinq centimètres de haut et trois centimètres de large, à peu près en bas. La partie antérieure de la tumeur vous apparaît alors ; on se trouve en ce moment en face de trois circonstances : ou la cloison des fosses nasales a été repoussée, et il faut la respecter ; ou elle a été détruite, et il n'y a plus à s'en occuper ; ou bien encore elle existe et on peut l'enlever de la façon que disait Ollier dans son procédé que j'ai décrit. Cette section du lambeau se fait avec une extrême rapidité. Une fois que le lambeau est détaché, on peut, si l'on veut laisser reposer le malade, pratiquer de suite une application de flèche de Canquoin. L'opération se continue ainsi tant que le demandent le volume de la tumeur et les autres circonstances qui peuvent influer sur la marche du traitement. »

D. — Le *procédé de Beckel* rentre aussi dans la méthode du lambeau latéral. Voici quelle en serait la technique d'après une note de l'auteur ajoutée à sa traduction du *Traité des résections*, de Heyfelder.

1° On fait une incision transversale sur le dos du nez, allant d'un sac lacrymal à l'autre, immédiatement au-dessous du tendon de l'orbiculaire ; une seconde incision part de l'extrémité droite de la première, descend dans le sillon naso-génien jusqu'à l'aile du nez qu'elle détache. Une troisième incision divise la sous-cloison à son union avec la lèvre ;

2° A l'aide d'un trocart, on perce le nez d'un sac lacrymal à l'autre et on divise les os dans le sens de la première incision avec la scie à chaîne. Un second trait donné avec une scie à guichet divise les os dans le sens de l'incision verticale. Enfin, il reste à couper verticalement la cloison des fosses nasales, aussi loin en arrière que possible; on y parvient moyennant une pince de Liston, un fort bistouri et une petite scie;

3° On replie le vaste lambeau comprenant presque toute la saillie du nez vers le côté droit, en brisant l'apophyse montante de ce côté à sa base. On la saisit entre les branches d'une forte pince garnie d'amadou. Si elle offre trop de résistance, on peut la diviser par l'intérieur du nez avec un ciseau;

4° Pour achever de dégager l'accès du pharynx, il faut encore enlever les cornets et le reste de la cloison. Puis, le polype enlevé, on refixe le nez en place à l'aide de points de suture. La portion de la cloison qui a été conservée et repliée avec le nez empêcherait l'affaissement de cet organe et les cicatrices resteraient certainement peu visibles.

II. — *Méthode du lambeau à rabattement par en haut.* A. — Disons d'abord, à cause de son intérêt historique, beaucoup plus que pour sa valeur pratique, quelle fut la conduite tenue par Langenbeck, en 1859, lorsqu'il appliqua le premier le procédé de l'auvent nasal sur le vivant, ainsi que nous l'avons dit plus haut.

Voici comment procéda le chirurgien. Chez un jeune homme de dix-huit ans, porteur de deux polypes naso-pharyngiens, insérés, l'un aux environs de la trompe, l'autre de l'épine nasale postérieure, au lieu de procéder comme d'habitude à la résection des os propres du nez,

il fit une incision qui partait du milieu de la racine du nez et qu'il prolongea jusqu'à la narine droite en longeant l'échancrure nasale. L'os nasal à droite fut disséqué, mais en respectant le périoste; puis la cloison fut incisée avec la pince de Liston, à une petite distance du dos du nez. Avec cette même pince coupante, il divisa la base de l'apophyse montante du maxillaire supérieur, jusqu'au sinus ; à l'aide d'un élévatoire, il luxa l'os nasal et l'apophyse montante qu'il replia sur le front. Ces os restaient attachés aux parties molles de la face ; après extirpation des tumeurs, on rabattit le lambeau ostéo-cutané en bas et on fit la suture des parties molles. Le malade guérit, mais il y eut fistule lacrymale qui se ferma après expulsion de quelques séquestres, probablement de l'os unguis.

Ainsi, Langenbeck commit la faute de dénuder d'abord les os du nez et de ne les laisser qu'en rapport avec le périoste, ce qui exposait à une nécrose, ainsi que le fait remarquer Beckel.

Mais il est juste de reconnaître que, si Chassaignac indiqua théoriquement son procédé bien avant Langenbeck, il ne le mit en œuvre sur le vivant qu'en 1857, par la raison que les os avaient été détruits par les tumeurs chez ses premiers opérés, comme nous l'avons dit plus haut. Il n'avait donc divisé, suivant son procédé, que des parties molles.

B. — Le *procédé de Lawrence* est beaucoup plus régulier que celui du chirurgien berlinois. L'auteur le fit connaître en 1862.

Deux incisions commençant aux sacs lacrymaux (côté interne) sectionnent les téguments verticalement, de chaque côté du nez, et se terminent à l'union des ailes du nez avec la lèvre supérieure. Puis, on sectionne l'apo-

physe montante de l'os maxillaire supérieur, ainsi que les insertions au frontal des os propres du nez. La cloison nasale est divisée et libérée. On relève finalement le nez sur le front. Après l'ablation des masses polypeuses, on remet tout en place par quelques points de suture.

III. — *Procédé du lambeau inférieur*. — Il a été inventé par Ollier, le célèbre chirurgien lyonnais. En voici les principales caractéristiques. Il y a trois temps :

Premier temps. — Il est caractérisé par l'incision de la peau et la section verticale de la charpente de l'auvent nasal. On fait une incision, en forme de fer à cheval, commençant au niveau du bord postérieur de l'aile du nez à droite, remontant directement vers le point le plus élevé de la dépression naso-frontale, puis redescendant à gauche par le même chemin jusqu'au niveau du bord postérieur de l'aile du nez. Cette incision va du premier coup jusqu'à l'os. On prend alors une scie à lame étroite, et l'on sectionne rapidement la charpente du nez dans la direction de la plaie extérieure. On arrête l'instrument dès qu'on sent qu'on a dépassé les apophyses montantes. On achève de mobiliser le nez par quelques coups de ciseaux sur la cloison ou les cartilages des ailes, on le renverse en bas, et l'on fait au besoin la ligature des deux branches de l'artère frontale interne à la racine du nez.

Deuxième temps. — Mobilisation de la cloison. L'ouverture antérieure des fosses nasales ne donnerait pas assez de jour pour explorer la région naso-pharyngienne : aussi faut-il dégager le septum. Souvent il est déjeté à droite ou à gauche par le polype lui-même. Il est même quelquefois usé en partie. Aussi est-il facile de le déjeter par l'introduction forcée du doigt seulement. Dans certains cas, une section avec les ciseaux à la partie supé-

rieure ou à la partie inférieure est utile pour le mobiliser en masse, mais le déjettement avec les doigts seuls n'a pas d'inconvénients et a pour avantage de ne pas interrompre la continuité de la muqueuse.

Troisième temps. — Extraction du polype. Avec le doigt introduit par les narines, on s'assure de l'implantation du polype; on en délimite les adhérences et les prolongements; on l'arrache ensuite avec de fortes pinces[1] et l'on rugine la base d'implantation, lorsque le polype siège sur l'apophyse basilaire, ce qui est le cas habituel. Dans ce dernier temps de l'opération, un doigt introduit dans la bouche dirige les instruments.

Il résulte des nombreuses opérations faites par Ollier que la réunion des lambeaux se fait très facilement, la vitalité des tissus étant très suffisamment assurée par le triple pédicule constitué par les ailes du nez et la cloison.

Pour effectuer cette réunion, Ollier avait soin d'affronter la peau par des points multipliés de suture fine. Il comprenait dans l'anse du fil autant de parties molles que possible et le périoste lui-même pour assurer un accolement plus exact.

En général, la réunion des parties molles se faisait en quelques jours et l'os présentait déjà une certaine solidité au bout d'une quinzaine de jours; le cal semblait définitivement formé en un mois, six semaines au plus.

Voie maxillaire.

A. — *Résection définitive.* — C'est Syme qui pratiqua le premier la résection définitive du maxillaire supérieur dans le cas spécial de polype naso-pharyngien. Voici son observation peu connue jusqu'à Verneuil, qui sut rendre justice au grand chirurgien anglais.

1. Ollier ne faisait en somme que continuer les traditions d'Itard, dont nous avons décrit le procédé dans un paragraphe précédent.

« Wood (Thomas) de Gifford, entré à l'hôpital, en janvier 1832, pour un polype de la narine droite, qu'on pouvait apercevoir à l'orifice antérieur de la fosse nasale, et sentir en portant le doigt en arrière du voile du palais. Il existait depuis plusieurs mois et s'accroissait rapidement.

« On essaya, peu de temps après l'entrée du malade, d'extraire la tumeur et l'on constata qu'elle offrait cette structure ferme et fibreuse décrite spécialement par Dupuytren; elle se laissait déchirer en long, mais elle résistait aux ruptures transversales comme un tendon et saignait copieusement quand on y touchait. D'après Dupuytren, ce genre de tumeur est rapidement et inévitablement mortel, si on permet son développement et l'extraction est le seul moyen de la détruire. C'est pourquoi on essaya à plusieurs reprises d'arracher le polype tout à la fois par le nez et par la bouche. Une pince à fortes branches et à dents saillantes fut construite dans ce but, et la narine fut incisée et ouverte pour faciliter son application. Quelques débris furent seuls extraits et l'on découvrit bientôt que les insertions étaient étendues au point de rendre l'opération impraticable.

« Le patient fut donc renvoyé dès que l'incision de la narine fut guérie. Il revint le 12 août très affaibli. Le polype se montrait tout à la fois en dehors des narines et derrière le palais. Il y avait eu plusieurs hémorragies; l'opération était urgente.

« On s'était assuré que les insertions s'étendaient tout autour de l'orifice postérieur des fosses nasales et tout portait à croire que l'ablation du maxillaire les rendrait accessibles. Cette opération fut pratiquée sans autre difficulté que la résistance du patient qui avait perdu son sang-froid. Après avoir enlevé l'os, il fallut une grande

force pour détacher la tumeur de ses attaches ; elle fut totalement extraite ; elle mesurait quatre pouces de longueur, deux et demi de largeur et un et demi d'épaisseur.

« L'artère supérieure fut le seul vaisseau profond qui exigeât la ligature. Les bords de la plaie furent réunis par suture. Les jours suivants, la plaie paraissait devoir se réunir par première intention ; tout semblait aller au mieux et le malade prit de la nourriture. Le matin suivant, un voisin lui parla ; à cinq heures, il dit se trouver très bien ; à six heures, il était mort.

« A l'autopsie, on découvrit un autre polype qui prenait naissance dans la narine gauche et adhérait non seulement à tout le bord supérieur et latéral de son orifice pharyngien, mais encore à la base du crâne. Sans aucun doute, il échappa à la vue lors de l'opération, parce qu'il avait été refoulé par le premier. »

Après l'observation de Syme, celle de Flaubert est la plus ancienne. Elle est très connue et concerne un garçon de ferme assez vigoureux, à qui Flaubert père avait enlevé précédemment un polype naso-pharyngien assez volumineux, par la ligature ; il y avait eu récidive et, cette fois-ci, les fosses nasales étaient non seulement complètement envahies, mais il en était de même du sinus maxillaire, à gauche, ainsi que le démontraient la tuméfaction de la joue et l'exophtalmie. Les souffrances et l'épuisement du malade étaient des indications pressantes ; en présence de cet état local et général et de l'échec antérieur de la ligature, on se décida à pratiquer la résection du maxillaire supérieur, qui n'était point du reste inconnue, puisque Gensoul l'avait décrite tout au long, en 1829. On pratiqua une première incision qui, du grand angle de l'œil, aboutissait à la commissure labiale. Une seconde,

commençant vers la racine de l'arcade zygomatique, vint tomber sur la première, au niveau de l'aile du nez. Après avoir disséqué le lambeau musculo-cutané en rasant l'os, et celui-ci étant mis à nu, on fit sauter la paroi antéro-externe du sinus, puis la face interne de celui-ci, ce qui donna un jour considérable pour attaquer la tumeur. On isola peu à peu celle-ci des parties ambiantes à l'aide du bistouri, et, une fois qu'elle fut détachée, on en pratiqua l'extraction. Pendant la durée de l'opération, le malade avait perdu beaucoup de sang ; néanmoins il se remit assez rapidement et il n'y eut pas de récidive.

Faisons remarquer à ce sujet que les *Traités de médecine opératoire* de l'époque contenaient d'assez nombreux procédés pour exécuter la résection complète et définitive du maxillaire supérieur (maladies de l'os, maladies du sinus, extraction pour voie d'accès), et, sans être courante, cette opération était loin d'être ignorée des chirurgiens, du moins comme exercice de médecine opératoire. Le défoncement du sinus de dehors en dedans, en respectant le plancher de l'orbite et, si possible l'arcade dentaire, ne différait guère dans les différents procédés, mais il n'en était pas tout à fait de même des incisions cutanées ; aussi ce sont elles que nous allons surtout indiquer.

Blandin faisait une première incision verticale commençant au-dessous de l'angle interne de l'œil et venant tomber, à six lignes de la commissure labiale, sur la lèvre supérieure qu'elle tranchait ; une deuxième ligne horizontale partait de celle-ci, pour se porter vers le milieu de l'os malaire, où elle se terminait.

Dieffenbach pratiquait une incision sur la partie latérale du dos du nez, venant tomber verticalement sur la

lèvre supérieure qu'elle divisait. Une deuxième incision allait de la partie supérieure de la première pour se terminer au grand angle de l'œil. Une troisième incision débutait à l'angle externe de l'œil et se prolongeait horizontalement vers l'arcade zygomatique. Une incision du cul-de-sac oculo-palpébral inférieur réunissait les deux dernières incisions.

Liston exécutait une première incision partant un peu en dehors de l'angle externe de l'œil pour aboutir à la commissure buccale. Une deuxième était pratiquée le long de l'apophyse zygomatique, puis le bistouri se dirigeait vers l'apophyse nasale du maxillaire supérieur. Le cartilage du nez était détaché et la lèvre supérieure disséquée à partir de la ligne médiane.

Lisfranc menait une première incision commençant à l'angle interne de l'œil, descendant verticalement sur l'aile du nez qu'elle contournait pour venir sur la ligne médiane et diviser la lèvre supérieure. La seconde incision débutait à un demi-pouce en arrière de l'angle externe de l'œil et aboutissait à la commissure labiale.

Maisonneuve employa, en 1842, pour enlever un maxillaire, le procédé de Flaubert un peu modifié. Une première incision partait de l'angle externe de l'œil pour tomber sur la lèvre supérieure qu'elle divisait à trois centimètres environ de la commissure ; une seconde allait du milieu de la première et se dirigeait sur l'angle interne de l'œil.

Bérard, dans les cas de tumeur très volumineuse, conduisait une première incision depuis l'angle interne de l'œil jusqu'au niveau de la partie moyenne de la fosse canine. Une autre, commencée à quelques millimètres en dehors de l'orbite, tombait à angle aigu sur la première

de façon à circonscrire un lambeau triangulaire à base supérieure; enfin, de l'angle de réunion, il faisait partir une incision aboutissant au bord libre de la lèvre supérieure. L'ensemble représentait donc un Y.

Velpeau ne faisait aux téguments qu'une seule incision courbe qui partait de la commissure labiale et arrivait à la naissance de l'arcade zygomatique.

Malgaigne ajoutait à l'incision de Velpeau une deuxième incision qui fendait la lèvre supérieure. Ajoutons que, pour masquer la difformité consécutive, dans une certaine mesure, il conseillait de respecter le rebord orbitaire.

Hylen, d'Herentals, faisait une première incision partant de la racine du nez, puis descendant verticalement sur la ligne génienne et venant couper la lèvre supérieure. Une seconde incision débutait à la commissure labiale et suivait la direction des filets nerveux, c'est-à-dire se dirigeait en dehors et un peu en bas. Cette incision devait avoir à peu près un centimètre de long (*Annales de la Société de médecine d'Anvers*, 1847).

Michon pratiquait à peu près les mêmes incisions que Lisfranc; la première était identique, mais la seconde, au lieu de descendre le long du nez, de contourner l'aile de celui-ci pour venir couper la lèvre sur la ligne médiane, partait obliquement du grand angle de l'œil pour arriver à diviser la lèvre, au niveau de la dent canine.

Un des meilleurs procédés était celui que Michaux a publié en 1853, pour la désarticulation du maxillaire supérieur (Mém. sur les résections de la mâchoire supérieure. *Bull. de la Société royale de méd. de Belgique*, t. XII, p. 382). Il consistait à diviser les parties molles sur la ligne médiane de la face, depuis la racine du nez jusqu'au bord libre de la lèvre supérieure, et à faire une

seconde incision étendue de l'angle externe des paupières jusqu'au-dessous de l'arcade zygomatique, dans la direction des filets du facial destinés à la région palpébrale ; on disséquait d'abord, par la plaie verticale, un lambeau jusqu'à la pommette ; l'extrémité supérieure de la seconde incision était prolongée, en dedans de la paupière inférieure, en incisant le repli oculo-palpébral de la conjonctive. On s'arrangeait à ce que la paupière fût doublée de sa muqueuse pour empêcher celle-ci de se recroqueviller après l'opération. On disséquait ensuite la lèvre inférieure de cette seconde incision jusqu'au point où on s'était arrêté dans la première dissection, et ainsi l'on obtenait un lambeau entièrement détaché du maxillaire supérieur et du malaire. En relevant la lèvre supérieure de la seconde incision, on mettait à découvert l'articulation du frontal avec l'os jugal

Nélaton employait depuis longtemps le procédé suivant : une incision divisait verticalement la lèvre supérieure, un peu sur le côté de la ligne médiane, contournant l'aile du nez, puis se continuait par une ligne courbe à convexité supérieure et gagnait le sillon oculo-palpébral inférieur vers son tiers inférieur. Elle suivait alors ce sillon et s'arrêtait un peu au delà de sa moitié.

B) *Résection temporaire.* — L'idée du déplacement des maxillaires et leur réintégration, après opération, dans leur position primitive, appartient aussi bien à Huguier qu'à Langenbeck. En effet, s'il est vrai de reconnaître, avec Bruns, que Huguier n'a pratiqué qu'en 1860, sur le vivant, la résection temporaire de la moitié inférieure du maxillaire supérieur, avec déplacement en bas et en dedans, il ne faut pas oublier qu'en 1852 et en 1854, il s'était proposé d'intervenir de la sorte chez des

malades qui ne voulurent finalement pas se laisser opérer, et il avait fait à ce sujet des communications intéressantes à la Société de chirurgie, qu'il est bien facile de consulter. En 1854, il s'agissait d'une enfant de huit ans, qui présentait une tumeur du sinus maxillaire, abaissant la voûte palatine, obstruant les fosses nasales, déjetant la cloison et ayant amené un peu d'exophtalmie. « Chez cet enfant, dit Huguier, on pourrait pratiquer une espèce de porte au sinus en coupant le bord alvéolaire du maxillaire supérieur, en détachant la voûte palatine et en la repliant en arrière, de façon à mettre le produit morbide à vue. La tumeur enlevée, il serait très facile de remettre les os en place et d'oblitérer ainsi la communication que la lacune de l'os maxillaire laisse entre la bouche et les fosses nasales; de cette manière un obturateur deviendrait inutile. »

A. — *Procédé de Huguier*. — En 1860, Huguier pratiqua sa méthode (*Gazette des hôpitaux*, 1861) sur un jeune homme âgé de vingt ans, qui avait, depuis six ans, un polype dont le développement considérable déterminait une distension marquée de la joue, de l'exophtalmie, de l'obstruction des fosses nasales et refoulait en bas et en avant le voile du palais. Voici son procédé, d'après le journal de médecine qui publia cette intéressante observation.

1° La bouche étant largement ouverte, une boutonnière transversale est pratiquée à la base du voile du palais; puis, à l'aide de la sonde de Belloc, on fait passer par la fosse nasale et par cette boutonnière un fil au bout duquel est fixée une bandelette destinée, dans la suite de l'opération, à opérer des tractions sur la partie inférieure du maxillaire gauche pour la renverser en bas et à droite.

2° Une incision est faite, comprenant toute l'épaisseur de la joue, de la commissure labiale gauche au bord antérieur du masséter; une seconde incision, partant du sillon naso-génien, entre l'aile du nez et la commissure des paupières du côté gauche, contourne l'aile du nez qu'elle détache, puis aboutit au niveau de la lèvre supérieure; les deux incisions nécessitent deux ligatures sur l'artère faciale.

Ce lambeau triangulaire est ensuite détaché avec soin et relevé en dehors.

3° Un trait de scie horizontal sépare en deux parties le maxillaire supérieur de l'os palatin; commençant immédiatement au-dessus de la tubérosité maxillaire, il aboutit au-dessus du plancher des fosses nasales.

4° La première incisive droite est luxée par un davier, puis un trait de scie peu profond est donné, d'avant en arrière, sur la voûte palatine, à gauche de la cloison.

5° La base de l'apophyse ptérygoïde est coupée avec un fort sécateur, et la partie inférieure du maxillaire supérieur se trouve ainsi détachée du reste des os de la face, auxquels elle ne tient plus que par les deux feuillets muqueux de la voûte palatine et du bord alvéolaire supérieur. En se servant, comme levier, d'un ciseau pendant que les tractions sont faites, de haut en bas et de dehors en dedans, à l'aide du ruban de fil passé dans le premier temps de l'opération par la fosse nasale gauche et la boutonnière du voile du palais, on obtient la luxation du maxillaire supérieur qui est renversé en dedans de la bouche. Toute cette partie de l'opération, ayant pour but de mettre à découvert le polype, se fait sans autre accident qu'une perte de sang insignifiante.

L'ablation du polype s'exécute avec la cuiller tran-

chante. Dans le cas de Huguier, elle fut considérablement gênée par une hémorragie sérieuse qui nécessita des cautérisations au fer rouge. On remit le maxillaire en place; mais la chute de la dent pendant l'opération rendit son maintien difficile; on dut faire des sutures et on plaça entre les dents molaires, de chaque côté, deux bouchons taillés en grillière pour servir de point d'appui à la portion d'os réséquée, une fois les deux mâchoires rapprochées. Quelques jours plus tard, l'immobilisation fut mieux assurée par un moule en gutta-percha, puis on unit avec un fil les dents du côté gauche avec celles du côté droit. Dix mois plus tard, la consolidation n'était pas encore complète, mais les fonctions se faisaient bien, et la plaie en boutonnière du voile se trouvait parfaitement cicatrisée.

B. — *Procédé de Langenbeck.* — Il arriva à Langenbeck, pour l'auvent maxillaire, la même aventure que pour l'auvent nasal. Il fut précédé par Huguier *théoriquement*, bien qu'il eut le premier appliqué le principe de la méthode *sur le vivant*. Une première incision partait de la base de l'aile du nez et allait horizontalement en dehors jusqu'au milieu de l'arcade zygomatique. Une deuxième incision commençait au sac lacrymal et longeait le rebord orbitaire inférieur, rejoignant en dehors la première au niveau de cette même arcade zygomatique. Le masséter était détaché de ses insertions supérieures. On pénétrait alors dans la fosse ptérygo-maxillaire et le trou sphéno-palatin donnait accès à une tige mousse qui entrait ainsi dans le pharynx. Une petite scie à guichet arrivait par là et coupait horizontalement le maxillaire supérieur, d'arrière en avant, dans la direction de l'incision cutanée inférieure (première incision). L'index gauche

était enfoncé dans le pharynx et surveillait les progrès de la scie. On sectionnait ensuite la base de l'apophyse zygomatique, l'os malaire et le plancher de l'orbite ; mais on respectait l'apophyse montante du maxillaire supérieur et l'os unguis, ainsi que le revêtement cutané dont les vaisseaux devaient continuer à nourrir le lambeau obtenu. La voûte palatine et l'arcade dentaire restaient intactes. La partie réséquée se trouvait mobilisée sur l'apophyse montante « comme le couvercle d'une tabatière ». L'apophyse ptérygoïde était finalement mise en place, ainsi que les autres os, et, comme il y avait tendance au déplacement en haut vers le nez, on maintenait le lambeau avec l'aide d'un pansement compressif. Les parties molles étaient suturées. Bœckel reprochait à ce procédé de se servir du trou sphéno-palatin qui serait d'un accès très difficile, s'il n'était déjà dilaté par la tumeur.

A propos de ces questions plus irritantes qu'utiles de priorité, Bruns a attaqué avec beaucoup de virulence l'Ecole française qui contestait à Langenbeck la priorité de l'idée sur laquelle reposent les voies artificielles d'accès.

« En considération de ces faits, il paraît incompréhensible que, se basant sur le procédé de Chassaignac, on revendique, du côté français, le procédé des résections temporaires, et que Verneuil, dans la séance de la Société de chirurgie, mai 1866, ait pu s'exprimer en ces termes : « Les procédés de déplacement des os appartiennent incontestablement à la Société de Chirurgie dans la personne de Chassaignac et Huguier. Langenbeck et les Allemands en ont revendiqué l'invention, mais c'est tout à fait à tort, leur prétention à cet égard ne peut être justifiée..... »

« En présence de cette falsification évidente des faits, on doit encore répéter que cette conception est incontestablement liée au nom de Langenbeck qui, pour la première fois, en 1859, exécuta son procédé de résection ostéoplastique du processus nasal du maxillaire supérieur et de l'os du nez, comme opération préliminaire de l'ablation d'un polype naso-pharyngien ».

Un peu plus loin, le même auteur allemand conteste à Huguier le mérite d'avoir indiqué le premier la résection temporaire de la moitié inférieure du maxillaire supérieur. « L'opération de Huguier, dit-il, résection temporaire de la moitié inférieure d'un maxillaire supérieur avec déplacement en bas et en dedans, date de l'année 1860. La première résection ostéoplastique de Langenbeck date de 1859 ». Chassaignac répondit en invoquant les faits bien connus, dit-il, qui, d'après lui, auraient été outrageusement déformés et il accusa nettement Langenbeck et Bruns de s'être emparé de son idée par un véritable larcin scientifique, assurant qu'on ne s'était pas même mis en peine de modifier les termes mêmes qu'il avait employés jadis. Verneuil fit à ce sujet un historique très consciencieux de la question qui rendait justice à tout le monde.

Le procédé de Jules Roux, de Toulon (*Gazette des hôpitaux*, 1861), bien que n'ayant pas été appliqué sur le vivant par l'auteur, est assez bien conçu pour mériter une sérieuse attention. C'est une méthode de résection temporaire par écartement des maxillaires comprenant la totalité de l'os. Nous allons décrire, d'après sa communication, les différentes phases de son opération.

Premier temps. — Division de l'attache fronto-jugale. Incision transversale de 1 centimètre, intéressant les parties molles qui recouvrent l'apophyse orbitaire externe,

section de l'articulation fronto-jugale, à l'aide du ciseau froid et du marteau ou de la scie à chaîne.

Deuxième temps. — Division de l'attache temporo-jugale. Incision verticale de 1 centimètre sur l'apophyse zygomatique. Section de l'articulation temporo-jugale avec la scie à chaîne ou le ciseau.

Troisième temps. — Division de l'attache orbito-nasale inférieure. Incision sinueuse des parties molles, commençant à l'angle interne et inférieur de l'orbite au-dessous du sac lacrymal contournant l'aile du nez, la narine correspondante, et s'arrêtant au-dessous de la cloison sur la ligne médiane, où la lèvre supérieure est ensuite fendue en totalité. Après cette incision, qui a détaché le côté correspondant du nez, section de la base de l'apophyse montante et de la cloison interne de l'orbite, au niveau de l'angle inférieur de cette cavité, à l'aide de la scie à chaîne et du ciseau ou de ce dernier instrument seulement.

Quatrième temps. — Division de l'attache ptérygo-maxillaire (parties molles et dures) à l'aide d'un ciseau long de 20 centimètres, large de 25 millimètres à son tranchant directement appliqué de champ, derrière la dernière dent supérieure, dans l'angle rentrant formé par la rencontre du sphénoïde, du maxillaire supérieur et de l'os palatin.

Cinquième temps. — Division de l'attache intermaxillaire. Incision transversale détachant, à son insertion palatine, la moitié du voile correspondant à l'os maxillaire qu'on veut écarter ; avulsion de la première dent incisive supérieure du même os, section de la voûte palatine sur le côté du raphé médian à l'aide de la scie à chaîne, introduite ici, comme partout ailleurs, avec l'aiguille de l'auteur.

« Les attaches osseuses ainsi divisées, on introduit, dans le trait de scie intermaxillaire, les mors fermés d'une pince plate et forte ; on l'ouvre avec lenteur et l'on *écarte avec facilité les deux maxillaires*. Le maxillaire détaché, mais toujours *adhérent aux parties molles qui le recouvrent*, est déplacé obliquement *en haut et en dehors*, vers la fosse temporale, de manière à n'exercer sur l'œil aucune compression fâcheuse. On porte ainsi, jusqu'à 19 centimètres environ, l'intervalle qui sépare les deux incisives des deux maxillaires supérieurs. Cet écartement est la base d'un cône dont le sommet tronqué est mesuré par l'espace compris entre l'apophyse ptérygoïde et le vomer. Enfin si ce dernier espace, par lequel les instruments sont manœuvrés dans le pharynx, pouvait paraître par trop étroit, on pourrait l'agrandir en enlevant avec des cisailles le vomer et en coupant l'apophyse plus grande à sa base.

Après l'enlèvement du polype par l'un des procédés connus, l'arrachement à l'aide des pinces, la rugination des surfaces d'implantation du polype, leur cautérisation, il est facile de rapprocher et de maintenir en place les tissus écartés, à l'aide de la suture des parties dures et des parties molles. Roux arrivait ainsi à simplifier les résections partielles et à bien assurer la nutrition des os, dont on respectait les connexions avec les parties molles, mais il s'attaquait au plancher de l'orbite et à la voûte palatine et, en cas d'insuccès, condamnait à une difformité plus considérable qu'avec les autres procédés de résection.

---

g) Tumeurs du pharynx proprement dit, autres que les fibromes

Nous avons dit précédemment que les auteurs des deux premiers tiers du XIXe siècle ne connaissaient en fait de tumeurs du pharynx proprement dit que les fibromes [1]. Cependant on trouve çà et là des notions assez vagues sur des néoplasmes d'autre nature. Ainsi, à propos des polypes naso-pharyngiens signalés chez la femme, certains firent remarquer que ces tumeurs étaient probablement d'une nature spéciale, souvent maligne. A propos de cette transformation cancéreuse, nous avons rapporté, dans un paragraphe spécial, les idées de l'époque. Mais quelques nosologistes admettaient aussi des cancers primitifs du cavum, dont on pourrait suspecter de bonne heure la nature plus que douteuse. Dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, Begin vers 1844, en admit la possibilité, mais le déclara fort rare.

L'observation suivante de néoplasme cancéreux, empruntée à la thèse de Veillon, est assez intéressante par les particularités qu'elle présente.

« Mouliot (Ernest), âgé de quatorze ans, constitution lymphatique, maigre, petit, très anémique, entre à l'hôpital de la Pitié le 22 avril, salle Saint-Louis, service de M. le prof. Verneuil, pour une tumeur naso-pharyngienne offrant tous les symptômes fonctionnels d'un polype. Il y avait une déformation considérable de la joue gauche avec saillie du même côté, exophtalmie, occlusion complète de la narine, la bouche était constamment ouverte, le voile

1. En France, la question a commencé véritablemement à propos d'une leçon clinique de Duplay, sur les néoplasmes pharyngiens de mauvaise nature, publiée en 1877.

du palais refoulé en bas et en avant, la respiration gênée et bruyante, la déglutition douloureuse.

« Interrogé sur les antécédents de sa maladie, Mouliot nous dit que, vers le 15 février dernier, il ressentit subitement une violente douleur dans l'arrière-gorge, sans qu'il puisse en reconnaître la cause déterminante. Depuis lors, cette douleur a toujours été en augmentant d'intensité, surtout la nuit. Il est à remarquer qu'il n'a jamais saigné du nez.

« Une intervention chirurgicale quelconque fut rejetée à cause du mauvais état sanitaire de la salle Saint-Louis, où régnait alors l'érysipèle et l'infection purulente. Il fallait attendre, mais les symptômes devinrent rapidement de plus en plus graves.

« Le 27 et le 30 avril, surviennent des hémorragies nasales graves, accompagnées et suivies d'un léger mouvement fébrile, de céphalalgie, d'œdème de la paupière supérieure gauche, d'amaurose avec insensibilité du globe oculaire du même côté ; le 3 mai, on voit le malade très agité, avec du délire, une fièvre intense alternant avec le coma et le tout s'accompagnant d'une paralysie des nerfs facial, auditif et optique du côté gauche.

« Le 4 mai, pendant la visite, le malade est pris de suffocation qui deviennent de plus en plus fréquentes, l'asphyxie est imminente ; alors Verneuil se décide à faire l'opération, mais avant de l'entreprendre, il fait ces réserves suivantes que nous rapportons ici textuellement :

« Si la tumeur envoie un prolongement dans la cavité crânienne, je puis ouvrir la base du crâne et déterminer une méningite qui sera promptement mortelle. Si la tumeur comprime un vaisseau important ou lui est adhérente, des tiraillements peuvent amener une rupture et

une hémorragie grave. L'hémorragie peut encore être mortelle par pénétration du sang dans les voies aériennes ».

« Après ces paroles d'un fâcheux pronostic, le malade est endormi avec le chloroforme, et M. Verneuil procède à l'opération de la manière suivante : avec le galvanocautère, incision partant de la racine du nez, descendant sur la joue gauche et aboutissant au bord externe et inférieur de l'aile du nez; de ce côté, pas d'hémorragie. Avec une pince de Liston, section des os propres du nez, de la branche montante du maxillaire supérieur et de la cloison des fosses nasale. Relevant alors le nez de gauche à droite, M. Verneuil aperçoit une tumeur molle, friable, adhérente en plusieurs points aux parois de la fosse nasale gauche, se déchirant à la moindre traction et ne pouvant être extraite que par fragments.

« L'examen microscopique est fait immédiatement par le Dr Nepveu qui reconnaît et montre, à tous ceux qui étaient présents, les éléments du sarcome embryonnaire. L'opération terminée, pansement simple avec charpie.

« Dans la journée, la respiration est moins gênée, le coma disparaît, la nuit est asssz bonne. Rien de nouveau pendant quelques jours et même les troubles fonctionnels ont sensiblement diminué.

« Le 8 mai, la joue gauche est œdémateuse, le malade se plaint d'une céphalalgie violente; il y a engorgement considérable des ganglions sous-maxillaires et cervicaux, du côté gauche.

« Le 16 mai, on observe de l'œdème des membres inférieurs, le malade se plaint d'une douleur lombaire continue ; celle-ci est exaspérée par la palpation de la région lombo-iliaque. En même temps, on observe de la polyurie et de plus les urines sont légèrement colorées en rouge

par du sang; il y a donc eu hématurie. Ce symptôme, ajouté aux précédents indique une lésion rénale grave et l'on peut en tenir grand compte, surtout dans le cas précédent, pour la généralisation de la tumeur.

« Quoi qu'il en soit, à partir de ce moment, une diminution progressive des forces, jointe à certains troubles locaux ou généraux, fait redouter une mort prochaine; bientôt les urines deviennent d'une limpidité surprenante, de plus elles sont très abondantes, albumineuses et non sucrées; la soif est excessive.

« Le 22 mai, la polyurie devient encore plus considérable; ainsi le malade rend quatre litres d'urines en vingt-quatre heures; la fièvre est intense; on remarque des troubles cérébraux tels que du délire, du coma, de la somnolence.

« Le 23, survient un accident : érysipèle de la face, qui a commencé au niveau de la partie externe de la plaie et s'étend à toute la joue gauche; la plaie a mauvais aspect. Les urines sont moins abondantes que la veille, mais il y a encore polyurie et l'état général est des plus graves.

« Le 24 mai, on est étonné de voir que l'érysipèle semble avoir disparu pendant la nuit, mais la rougeur excessive de la veille a fait place à un œdème considérable de toute la face; l'anorexie et la soif sont toujours excessifs, le malade est agité et dans le délire.

« Le 26 mai, hémiplégie faciale, pouls petit, filiforme, algidité; la température tombe brusquement à 35,6; à partir de ce moment, le malade est dans une prostration extrême. Il délire continuellement et il meurt le 28 mai, à huit heures du matin. »

Autopsie. — Envahissement du crâne. — Méningite de la base. — Envahissement de l'orbite gauche et adhé-

rence à l'œil. — Apophyse basilaire perforée ; d'une couleur blanc jaunâtre, la tumeur remplit en haut tout le pharynx. — Phlegmon nasal en avant, phlegmon du cavum et phlegmons latéraux. — Pullulation dans les reins, dans le foie, dans la rate et les poumons. — A l'examen microscopique, sarcome à cellules rondes.

Un autre fait semblable emprunté à Demarquay montre bien aussi comment les choses se passent dans l'occurrence.

« Il y a trois ans, j'opérai une dame d'un polype naso-pharyngien fibreux et pédiculé ; l'ablation fut aisément pratiquée par l'écraseur linéaire et la malade partit guérie. Elle revenait, il y a trois mois, avec un polype non seulement pharyngien, mais naso-pharyngien, envahissant le sinus maxillaire et la fosse nasale droite. La malade avait quarante-huit ans, une physionomie altérée, elle toussait. J'eus des doutes sur la nature du mal et refusai d'opérer. Quelque temps après, elle sollicita à nouveau l'intervention chirurgicale ; la santé générale était notablement améliorée, mais la respiration restait toujours très gênée par suite de la présence de la tumeur au voisinage de la glotte. J'endormis la malade pour pouvoir faire une exploration complète et je reconnus que l'implantation avait lieu sur le côté des troisième et quatrième vertèbres cervicales. Quoique fort perplexe, je finis par céder aux instances pressantes de la dame ; je songeais à pratiquer préalablement la trachéotomie et ne le fis pas cependant pour diminuer le traumatisme.

« Le chloroforme étant administré, je reséquai le maxillaire supérieur avec des sécateurs puissants, en conservant le plancher de l'orbite ; puis laissant reposer la

malade, j'eus grand soin de faire pencher la tête pour que le sang s'écoulât au dehors.

« J'isolai ensuite la tumeur, je ruginai le pédicule et je me disposais à cautériser, lorsque je m'aperçus que la malade était livide et paraissait inanimée.

« Le chloroforme, supprimé après le début de l'opération ne pouvant être mis en cause, je me rassurai en pensant à une syncope, mais il n'en fut pas ainsi et j'eus la douleur de ne pouvoir rappeler la malade à la vie malgré des tentatives de toutes sortes prolongées pendant une heure et demie. L'autopsie m'a démontré ce fait important ; l'arbre bronchique gauche était rempli de sang tombé dans la trachée pendant l'opération. La bronche droite était libre, mais insuffisante, pour compenser la suppression brusque de la respiration dans le poumon gauche. Histologiquement, la tumeur était un sarcome ».

III. — TROUBLES NERVEUX DU PHARYNX

L'évolution successive qu'ont subie nos notions sur les troubles nerveux dont peut être atteint le pharynx a suivi une marche sensiblement parallèle à celle des progrès de la physiologie des centres nerveux, de la neuropathologie et de la spécialité [1].

Au XVIIIᵉ siècle, on ne connaissait guère, et encore fort mal, que les troubles nerveux les plus grossiers de cet organe. Au début du XIXᵉ siècle, les recherches si remarquables de Charles Bell et de Magendie sur les fonctions de la moelle et du bulbe vinrent permettre aux cliniciens de comprendre quelle était la signification des troubles sensitifs et moteurs du pharynx, au point de vue du diagnostic et du pronostic de nombre d'affections nerveuses. Cette importance est évidente, puisque lorsque le bulbe est sérieusement atteint, la vie court les plus sérieux dangers. Or, les troubles de la motilité du pharynx décèlent assez bien l'état fonctionnel et même physique de la moelle allongée. Mais ce rôle ne fut pas tout d'abord bien compris et on se borna à signaler les perturbations

1. Ainsi, au début, on ne connait guère que les paralysies (Avenzoar) et les spasmes (Hippocrate, Galien), notamment ceux de l'hystérie et de l'hydrophobie. Quant aux paresthésies si fréquentes dues à la ménopause et à la dysménorrhée, elles étaient prises pour des angines, erreur qui ne sera réfutée qu'assez tard, en plein XIXᵉ siècle (notamment par Piorry). Plus tard encore, on signalera les sensations bizarres des hypocondriaques, des mélancoliques, etc.

motrices dont cet organe pouvait être le siège dans l'apoplexie et certaines myélites ascendantes. Le passage suivant emprunté au *Dictionnaire en 40 volumes*, est caractéristique. « La dysphagie par paralysie du pharynx, dit Raige-Delorme, dépend le plus souvent, de même que la dysphagie spasmodique, d'un état morbide du cerveau. Ainsi, dans l'apoplexie très grave, dans les dernières périodes des fièvres adynamiques et ataxiques, on observe une impossibilité très grande à opérer la déglutition ; mais, dans ces cas, la dysphagie n'est qu'un des moindres symptômes de l'affection principale. D'autres fois, la dysphagie paralytique paraît être *idiopathique*, ou, du moins, on ne saurait déterminer à quelle autre condition organique la rapporter qu'à un état particulier du pharynx et de l'œsophage. Cette espèce de dysphagie a lieu par les progrès de l'âge et ne survient que graduellement. Cependant on trouve dans les auteurs des observations où la paralysie aurait eu une invasion soudaine. En général, les causes de cette dernière espèce de dysphagie sont très obscures, et l'on peut croire à ce sujet que plusieurs exemples tenaient à une affection spasmodique plutôt qu'à un état paralytique [1]. Il est également probable que, dans certains cas, la dysphagie tenait à une altération organique, qui ne se décelait par aucun autre signe que la difficulté ou l'impossibilité de la déglutition ».

Les troubles spasmodiques, bien moins importants et bien moins graves que les perturbations parétiques, avaient été signalés assez exactement dans le cours de

1. L'hystérie, l'hypocondrie, la neurasthénie s'accompagnent en effet, ainsi que l'auteur le dira, d'une dysphagie spasmodique et non paralytique, ou du moins celle-ci est très rare ; comme on le voit, Raige-Delorme rappelait très nettement cette distinction importante.

l'hystérie, de l'hypocondrie, de la mélancolie, des grandes perturbations morales, etc. Raige-Delorme, déjà cité, a écrit un chapitre assez complet sur ce sujet.

Pour expliquer la production du phénomène dans le pharynx et l'œsophage, cet auteur incrimine successivement les lésions des centres nerveux, les névroses telles que l'hystérie et l'épilepsie et enfin les sympathies d'autres viscères (nos réflexes), notamment celles de l'estomac. « La dysphagie spasmodique s'observe rarement isolée de tout autre symptôme nerveux. Quelquefois, cependant, elle constitue le seul symptôme de l'hystérie ; mais elle a été précédée ou est remplacée par le spasme d'autres organes. Elle est le phénomène dominant de l'hydrophobie ; elle accompagne les accès épileptiques, et quelquefois le tétanos. Dans certains cas, elle dépend de l'irritation ou de l'inflammation du cerveau ou de ses membranes dans les diverses espèces de fièvres dites adynamiques et ataxiques. Le spasme de l'œsophage peut aussi être sympathique d'une inflammation de l'estomac, sans qu'on remarque un état cérébral auquel on puisse le rapporter. Chez un individu qui est mort des suites d'une gastrite chronique, j'ai pu observer cette sorte de dysphagie sympathique. Les aliments ne parvenaient à l'estomac qu'après un certain temps et souvent étaient rejetés par une simple régurgitation ; leur séjour dans l'estomac ne causait qu'une douleur obtuse, un sentiment de distension. Ce phénomène se reproduisait et était plus intense lorsque la gastrite était exagérée par un régime contraire, et que le malade s'obstinait à prendre des aliments, surtout des aliments excitants. Dans la plupart des cas que l'on cite de dysphagie spasmodique idiopathique, la cause déterminante a agi sur le cerveau ;

c'est ainsi qu'on dit avoir observé cette affection après un emportement de colère, à la suite d'une terreur, ou d'une affection morale triste, après une sensation vive de froid, après un empoisonnement par une substance narcotique, etc. Un exemple curieux de dysphagie spasmodique est cité dans les *Annali univ. di médic.*, 1826, et analysé dans les *Archives générales de médecine*. Il s'agit d'une jeune fille, hémiplégique depuis son enfance, qui fut subitement prise d'accès épileptiques en mangeant et chez laquelle les moindres tentatives de déglutition occasionnaient aussitôt de semblables accès. Tous les moyens échouèrent. L'emploi du sulfate de morphine, par la méthode endermique, fit seul cesser en quelques heures cette dysphagie ».

L'excellent ouvrage de Romberg sur les *Maladies du système nerveux*, composé vers la même époque que l'article du *Dictionnaire* précédemment cité, c'est-à-dire vers 1840, est un peu plus explicite sur la question qui nous occupe.

« La difficulté ou l'impossibilité de déglutir survient brusquement ou s'établit d'une façon progressive. Le passage des aliments solides ou même liquide est empêché. Il n'y a pas régurgitation. Le malade est obligé de pousser en bas le bol alimentaire avec un doigt passé dans la bouche, et la salive, qui ne peut plus être avalée s'accumule dans la cavité buccale et s'écoule au dehors. L'ingurgitation des liquides amène des accès de suffocation si le malade, en penchant fortement la tête en arrière, n'est pas parvenu à empêcher l'entrée du liquide dans le larynx. La sonde œsophagienne n'éprouve aucune résistance. Presque toujours la sensibilité est conservée. Le patient sent que la déglutition s'accomplit

mal et il perçoit où siège l'obstacle. Parfois même la sensibilité est exagérée et il y a sensation d'un corps étranger qui, arrêté au cou, produirait de l'étranglement. Il y a amaigrissement, mais pas comme dans le cas de carcinome œsophagien. Il est rare que la paralysie soit due à une cause périphérique agissant sur le pneumogastrique ; cependant on en a cité quelques exemples. Le plus souvent la cause est centrale et siège dans la moelle allongée ou le cerveau. On observe d'habitude et concomitamment d'autres paralysies. Ainsi, s'il y a mal de Pott cervical avec compression de la moelle ou myélite cervicale, les deux membres supérieurs, parfois l'organe phonateur, sont également atteints ; il peut en être de même des membres inférieurs (paralysie). » A ce propos, Romberg rappelle le cas d'Olivier (*Traité des maladies de la moelle*, 3[e] édition, tome II, p. 319). Il s'agissait d'un étudiant, âgé de vingt-et-un ans, dont la maladie s'annonça par de la dysphagie, avec sensation de corps étranger dans le gosier, provoquant des nausées et du vomissement. Rien d'anormal à l'inspection; puis, se produisirent des douleurs violentes dans la nuque, de l'oppression, des fourmillements et des crampes dans les doigts de la main gauche, ensuite dans le bras correspondant et finalement dans l'épaule droite. La paralysie s'affirma de plus en plus, mais les membres inférieurs ne furent pas atteints. La dyspnée et la dysphagie s'accentuèrent et la mort se produisit au huitième jour. A l'autopsie, ramollissement de la moelle cervicale, adhérences méningées. Rien dans le reste du cou. « Dans les maladies du cerveau (hémorragies, ramollissement), il existe, dit-il, parfois, en même temps que de l'hémiplégie, une paralysie hémilatérale du pharynx. Ceci se voyait à gauche chez deux apo-

plectiques que j'ai pu observer. Bright a rencontré trois fois dans ces cas des lésions du corps strié (*Reports on medical cases*, vol. II, p. 330). Dans les cas d'hypocondrie intense, on a vu survenir, en même temps que l'aphonie, de la dysphagie nerveuse (Joseph Franck, *Pract méd. universa præcepta* : 111, vol. 1, section 11, p. 126). »

A partir de 1860, les progrès se précipitent, car deux points d'une importance capitale sont l'objet enfin des éclaircissements nécessaires : ce sont les paralysies diphtériques déjà décrites, sur lesquelles nous n'avons donc plus à revenir et le syndrome glosso-labio-laryngé. D'autre part, les troubles pharyngés de l'hystérie, de mieux en mieux étudiée, apparaissent enfin, avec leur aspect si spécial.

Les troubles moteurs pharyngés de la *paralysie glosso-labio-laryngée* ont été admirablement décrits par Duchenne, dans son *Traité de l'électrisation localisée* (2e édition, Paris 1861, p. 621) sous le nom de « paralysie musculaire progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres [1]. Il la définissait « une affection paralytique qui, sans cause connue, envahit successivement les muscles de la langue, ceux du voile du palais et l'orbiculaire des lèvres, qui

1. Cependant, il ne faut pas oublier qu'en 1825, Robinson communiquait, à Charles Bell, l'observation d'une dame, non mariée, âgée d'environ soixante-dix ans, qui avait toujours joui auparavant d'une santé excellente. Elle avait eu, il y a quelques mois, de la difficulté à mouvoir sa langue et à articuler certains mots. Cette difficulté s'était accrue graduellement et maintenant elle ne pouvait pas tirer la langue hors de la bouche, ni même la mouvoir. Elle avait entièrement perdu l'usage de la parole, la langue était elle-même molle et pâteuse, mais elle avait conservé le sens du goût. La déglutition semblait manifestement gênée et parfois la malade se plaignait d'un sentiment de suffocation. Comme on le voit, la symptomatologie est citée *grosso modo* et nullement analysée. Trousseau était arrivé plus près de la réalité dans sa description de sa paralysie glosso-laryngée, en 1841. Signalons enfin le cas publié, en 1859, par Duménil, de Rouen.

produit consécutivement des troubles progressifs dans l'articulation des mots et dans la déglutition, à une période avancée se complique de troubles dans la respiration, dans laquelle enfin les sujets succombent ou à l'impossibilité de s'alimenter ou pendant une syncope. » Contrairement à Duménil, Duchenne faisait de l'affection, qu'il venait d'observer avec tant de sagacité, une entité morbide nouvelle, totalement indépendante de l'atrophie musculaire progressive, pour cette raison qu'il n'y aurait point trouble de la nutrition c'est-à-dire fonte des muscles. Mais Trousseau démontra bientôt qu'il n'en était rien et que la paralysie glosso-labio-laryngée n'était qu'un syndrome clinique répondant à des états morbides divers du bulbe. Un peu plus tard, Hallopeau, dans sa thèse, faite sous l'inspiration de Charcot, distinguait une paralysie glosso-labio-laryngée cantonnée au bulbe et une forme bulbo-spinale associée, comme dans le cas de Dumont, à l'atrophie musculaire progressive. Bientôt la justesse des vues pathogéniques de Trousseau fut démontrée, car on rencontra le syndrome dans la paralysie générale spinale, dans la sclérose latérale amyotrophique, dans la sclérose en plaques, dans la pachyméningite cervicale hypertrophique, dans les ramollissements, les compressions et les hémorragies du bulbe, dans les embolies des artères vertébrales, comme dans le cas de Lanneau, publié en 1870, dans le *Bulletin de la Société de biologie*. Dans sa monographie, Hallopeau traça, en somme, un excellent tableau des connaissances de l'époque sur cette importante question.

Quoi qu'il en soit, les troubles de la déglutition ont été dépeints d'une façon saisissante par Trousseau. « Le premier temps de la déglutition est devenu presque com-

plètement impossible, et le malade a recours à toute espèce de stratagèmes pour permettre aux aliments de pénétrer dans le pharynx ; avec ses deux mains, il essaye de venir en aide à l'orbiculaire des lèvres et au buccinateur ; on le voit, appliquant les mains sur l'ouverture buccale et les joues, se livrer à des efforts considérables et répétés, pour faire cheminer le bol alimentaire de la langue sur le pharynx, et cependant il a bien soin de mâcher ses aliments et d'en faciliter le glissement, en introduisant des liquides dans sa bouche et en renversant sa tête en arrière. Enfin il réussit parfois à avaler, mais d'autres fois la contraction synergique du pharynx se fait mal ; peu d'aliments passent dans l'œsophage, et la plus grande partie est rejetée par la bouche et les fosses nasales, dont l'ouverture postérieure est restée ouverte, par le fait de la paralysie du voile du palais. Ces malheureux, dont l'appétit reste vif, mettent un temps considérable à faire leur repas et perdent la moitié des aliments qu'ils mettent dans leur bouche. La déglutition des liquides est souvent très difficile ; souvent quelques parcelles d'aliments pénètrent dans le larynx, et alors, à l'horrible supplice de ne pouvoir avaler, vient s'ajouter l'extrême difficulté de tousser pour se débarrasser des aliments introduits dans le larynx et la trachée. L'angoisse est extrême ; enfin après de nombreuses, mais petites secousses de toux, le calme se rétablit. On voit ainsi que ces malades sont à chaque instant menacés de suffocation. Ces phénomènes dysphagiques ont une marche, bien entendu, différente suivant la cause anatomique ; de là un début brusque ou progressif, une évolution lente ou rapide ». Eclairés par les notions tirées de la physiologie, les nosologistes ne tardèrent pas à attribuer les troubles de la déglutition des

solides à la paralysie de la langue (en réalité surtout du mylo-hyoïdien) et ceux de la déglutition des liquides à la paralysie du voile [1]. Cependant, en 1872, KRISHABER soutint que l'anesthésie pharyngée devrait être incriminée beaucoup plus que les perturbations motrices. Il avait constaté celle-ci chez deux malades, au début même de l'affection ; aussi la considérait-il comme un symptôme prodromique des plus importants. Pendant qu'il était en train de pratiquer une cautérisation laryngée, il fut étonné de voir que celle-ci était supportée très facilement et ne provoquait aucun mouvement réflexe. Il toucha alors avec une sonde de gutta-percha la muqueuse pharyngée et la muqueuse laryngée, en des points divers, sans déterminer aucun accès de toux, ni le moindre spasme. « Quand à la muqueuse du pharynx, je puis y porter le doigt, titiller la luette, sans amener la moindre nausée ; j'enfonçai l'index si profondément dans l'arrière-gorge que je pus atteindre l'épiglotte que j'excitai sans obtenir aucun effet. Tous ces attouchements étaient perçus. La sensibilité réflexe seule était abolie. » Il faisait jouer à la disparition de celle-ci un grand rôle ; « car dit-il, l'insensibilité du larynx et du pharynx donne invariablement lieu à des accidents très graves causés par le passage des aliments dans les voies aériennes. » Joffroy, dans la *Revue des sciences médicales* lui fit observer que l'anesthésie du pharynx et du larynx est assez commune chez les hystériques et que cependant la dysphagie s'observe assez rarement dans ces conditions, et que le bol alimentaire ne pénètre presque jamais dans les voies respiratoires de ces sortes de malades [2].

1. Celle-ci donne aussi à la voix un caractère nasillard, signalé par les observateurs de l'époque.

2. Cette contradiction apparente s'explique très bien aujourd'hui. Les

Les troubles de la sensibilité au cours de l'hystérie avaient été étudiés et vulgarisés par Chairou, dans ses études cliniques sur l'hystérie (Paris, 1870). Ce symptôme, l'auteur en aurait compris seulement peu à peu l'importance. « J'ai rencontré d'abord un signe que j'ai cru rare, puis plus fréquent, et enfin que j'ai été conduit à regarder comme pathognomonique dès le début de la maladie... Ce signe pathognomonique est à rechercher par tous les médecins praticiens. Un phénomène unique, appréciable dans tous les cas avec une extrême fixité, ne se présentant dans aucun autre cas morbide et se manifestant toujours dans la même maladie, est une véritable conquête de la science. » Voici quel serait ce phénomène : « Il consiste dans l'insensibilité de l'action réflexe de l'épiglotte. Comment découvre-t-on cette singulière insensibilité de l'épiglotte? La constatation est des plus faciles. A un degré très léger, dès le début de la maladie, en l'absence de tout autre phénomène, en avançant le doigt sur la base de la langue, on pourra apprécier que l'épiglotte, qui est relevée, est absolument insensible. Vous pouvez la chatouiller avec une barbe de plume, un morceau de papier, une éponge, vous introduirez même votre doigt sur l'orifice supérieur du larynx, au point d'intercepter l'accès de l'air et de déterminer une asphyxie légère, il n'y aura pas d'effort de vomissement. Tout à fait au début de la maladie, la malade a bien la sensation du toucher, du chaud et du froid, mais il y a toujours abolition à peu près complète de l'action réflexe. Il est bien entendu que cette expé-

hystériques n'ont souvent que de l'anesthésie corticale et non celle due au bulbe. Celui-ci, s'il perçoit les sensations pharyngées, réagit alors par les réflexes habituels.

rience doit être faite avec une extrême précaution; si l'on enfonçait le doigt brusquement, l'appréhension forcerait la femme à retirer la tête avec violence. Mais, si au lieu de cela, on introduit avec précaution le doigt sur la langue, jusqu'à sa base, en glissant doucement, on arrive rapidement au contact de l'épiglotte que l'on peut chatouiller, toucher et même gratter avec l'ongle sans déterminer le moindre mouvement de régurgitation. Si au lieu du doigt, on se sert d'une sonde de Belloc, le résultat est le même, mais à la condition de ne pas pousser l'instrument par un mouvement brusque qui pourraît déterminer une contusion. Or, toute femme, ayant une congestion d'un ou deux ovaires et présentant cette anesthésie de l'épiglotte, est hystérique. Abandonnée à elle-même, la maladie prendra invariablement la marche ascendante, et il suffira souvent d'un accident léger, d'une émotion insignifiante pour déterminer le singulier cortège de phénomènes qui constitue ce qu'aujourd'hui encore on connaît sous le nom d'hystérie. »

Voici maintenant comme Bernutz décrit les troubles moteurs de l'affection (*Dictionnaire Jaccoud* « Hystérie »).

« Le spasme du pharynx et de l'œsophage est si fréquent dans l'hystérie, que le plus grand nombre des médecins, qui se sont succédé depuis Hippocrate jusqu'à Moriceau, ont donné à cette névrose le nom de suffocation de matrice; mais il a très rarement pour cause l'hyperesthésie de ces organes, contrairement à ce qu'on voit pour tous les autres viscères de la vie végétative; c'est habituellement l'inverse qu'on observe pour le pharynx et l'œsophage, c'est-à-dire le spasme associé à de l'anesthésie, comme nous l'avons indiqué en parlant plus haut de la paralysie réflexe de l'épiglotte. Lorsque l'hyperes-

thésie du pharynx et de l'œsophage existe exceptionnellement, elle donne lieu à un état excessivement pénible qui peut, s'il persiste très longtemps, être aussi grave que les vomissements incoercibles, parce qu'il met les malades dans l'impossibilité de s'alimenter, les menace de mort, qu'on a vue survenir dans une observation rapportée par Royer-Collard. Chaque bouchée d'aliment, et même chaque gorgée de liquide, provoque la strangulation; les muscles du cou, y compris le sterno-mastoïdien, se contractent convulsivement, les veines jugulaires se gonflent démesurément, de telle sorte qu'à chaque tentative d'ingestion, les malades sont menacées de suffocation. Il en résulte que la malheureuse patiente est obligée de s'arrêter, comme asphyxiée à chaque cuillerée de potage, et qu'il faut toutes sortes de supplications pour la décider à de nouvelles tentatives d'ingestion qui sont toujours très peu nombreuses, non seulement à cause des douleurs qu'elles suscitent, mais par suite de la crainte de la mort, que fait naître l'angoisse d'asphyxie. Quelques malades peuvent avaler, mais l'ingesta s'arrête à une hauteur plus ou moins grande et ne va pas plus loin, quels que soient les efforts pour le forcer d'aller au delà; souvent même les aliments sont rejetés brusquement par la bouche, sans avoir pu traverser une sorte de nodosité que la main, suivant certains observateurs, perçoit à l'endroit occupé par le spasme. Enfin, dans quelques cas, il semble qu'il y ait une sorte d'horreur pour les liquides. Certaines hystériques, après avoir bu quelques gouttes, rejettent avec horreur le verre qui les contenait ou le brisent d'une manière convulsive, ce qui a fait croire faussement que quelques-unes d'entre elles étaient affectées d'*hydrophobie rabique*, et on n'est pas

toujours revenu de cette erreur, quoiqu'on les ait vues guérir à la suite de pèlerinage ou autres moyens analogues. »

Les troubles pharyngés de la *ménopause* et de la *dysménorrhée* étaient connus depuis longtemps, mais attribués à une angine. Cependant, dès la première moitié du XIX[e] siècle, il y eut un commencement de réaction entre l'existence habituelle d'un processus inflammatoire et Piorry attribue à des perturbations de la sensibilité les sensations éprouvées par les malades (voir l'article : *Angine simple aiguë*, vol. IV). A partir de 1860, cette tendance ne fit que s'accentuer.

C'est vers le début de la deuxième moitié (1862) du XIX[e] siècle, que les névralgies pharyngées, déjà signalées, mais non décrites, furent, de la part de Türck, l'objet d'un travail important.

« On observe cette affection dans certaines parties de l'isthme du gosier et probablement aussi dans les régions situées plus profondément. Ce n'est certainement pas une maladie rare, attendu que, dans ces derniers mois, je n'en ai pas rencontré moins de six exemples.

« Pour déterminer le siège de l'hyperesthésie, je me suis servi de tiges de baleine boutonnées et recourbées, ou, ce qui est préférable, de l'extrémité de l'index à l'aide de laquelle j'exerçais une pression appropriée.

« Il n'est peut-être pas hors de propos de faire remarquer qu'il faut éviter le contact de l'ongle avec les parties que l'on soumet à cette exploration, ce contact étant douloureux en dehors de toute lésion de la sensibilité.

« Les recherches que j'ai faites m'ont permis de constater que les points suivants peuvent être le siège de l'affection dont il s'agit :

« 1° La base de la langue, dans la partie qui est située derrière l'insertion externe et postérieure du pilier antérieur sur la langue. Cette région était invariablement affectée chez tous nos malades, quelquefois dans une petite étendue seulement, tandis que dans d'autres cas l'hyperesthésie s'étendait, en bas et en arrière jusqu'au niveau de l'os hyoïde. Au reste, alors même que les deux côtés étaient hyperesthésiés simultanément, la sensibilité restait intacte dans presque toute l'étendue de la partie moyenne de la base de la langue.

2° Vers l'amygdale, *la fovea uvalis* de Tourtual, qui sépare cet organe de la base de la langue et du segment inférieur des deux piliers. Cette localisation est un peu moins fréquente que la précédente. Le contact du doigt avec l'amygdale ou les piliers provoquait souvent une toux violente.

3° Dans quelques cas, l'hyperesthésie affectait également la partie postérieure des bords de la langue. Chez une malade, elle occupait le plancher buccal, les gencives, au niveau de la grosse molaire inférieure et la paroi latérale du pharynx.

« Les deux côtés étaient le plus souvent affectés simultanément, mais jamais au même degré tous les deux.

« L'examen laryngoscopique ou rhinoscopique faisait voir que ces diverses parties avaient un aspect parfaitement normal. Les symptômes subjectifs étaient assez variables. Les malades se plaignaient d'une douleur qu'ils comparaient à celle que produirait un instrument piquant ou coupant, ou bien un grattement un peu vif. L'exploration digitale démontrait que ces sensations douloureuses avaient pour siège les points ci-dessus énumérés de la base de la langue, des amygdales ou des piliers.

Elles étaient parfois assez intenses pour que les malades se crussent atteints d'une ulcération ou d'une affection cancéreuse.

« Dans quelques cas, elles s'irradiaient d'arrière en avant, en suivant les bords de la langue, de manière à simuler une névralgie de cet organe, dans lequel une malade éprouvait, en outre, une sensation d'engourdissement.

« Chez plusieurs malades, la douleur était peu marquée ; elles éprouvaient seulement un certain embarras de la déglutition, une sensation de gonflement ou de corps étranger, ou de sécheresse dans le pharynx et dans le larynx. Je n'ai pas observé d'altération de la sensation gustative.

« C'est en raison de ces sensations anormales que les malades venaient réclamer l'examen laryngoscopique, qui donnait constamment un résultat négatif.

« Le diagnostic du siège et de la nature de l'affection était assuré par l'exploration à l'aide de la sonde ou du doigt.

« Au point de vue de l'étiologie, nous avons à noter que, parmi nos six malades, il y avait deux hommes, âgés l'un de trente-sept ans, l'autre de soixante, deux jeunes filles de quatorze et vingt ans, et deux femmes de trente-quatre et quarante-huit ans.

En terminant, j'ajouterai que j'ai observé plusieurs fois une hyperesthésie de la paroi latérale du pharynx, dans la région comprise entre la grande corne de l'os hyoïde et le bord supérieur du cartilage thyroïde. Les symptômes assez vagues que j'ai constatés chez ces malades étaient analogues à ceux décrits plus haut ».

Dans son *Traité des angines*, Lasègue consacre égale-

ment un paragraphe assez détaillé aux troubles de la sensibilité du pharynx.

Suivant lui, l'*hyperesthésie* de l'organe se verrait assez souvent, ainsi qu'il le fait remarquer, en dehors des phlegmasies, où elle revêt un caractère tout à fait subordonné, par exemple au début de la tuberculose pulmonaire. « Si peu grave que soit la complication, elle a pour inconvénient de fatiguer les malades et de leur rendre pénible l'ingestion des boissons ou des aliments liquides. La douleur, toujours provoquée par le mouvement, n'est pas excitée par le contact ou par le pincement du voile du palais, à moins que ces essais ne déterminent une contraction. » Ici encore les sensations observées ne seraient point banales, mais fonctionnelles ; il s'agirait d'une hyperesthésie spéciale, non de l'hyperesthésie ordinaire. L'auteur signale, dans les cas où le mal aurait un siège pharyngé, la sensation persistante de corps étranger (paresthésie), dont les malades « essayent de se débarrasser par des mouvements répétés mais improductifs du pharynx. La cause de ces troubles nerveux est obscure, probablement locale. » Dans tous les cas on a supposé, et la supposition serait le plus souvent plausible, l'existence d'une irritation légère de la membrane muqueuse.

L'*anesthésie* pharyngée est étudiée par Lasègue d'une façon un peu plus développée. Il commence par faire ressortir avec raison que nous sommes singulièrement gênés par l'absence d'un critérium moyen établissant le degré pour ainsi dire normal de la sensibilité de cet organe[1]. « Nous sommes très incomplètement renseignés sur la sensibilité normale de l'arrière-gorge

1. Ceci a lieu également pour la coloration de la muqueuse et pour son degré d'humidité.

qui paraît comporter des variations individuelles considérables. Comme pour tous les sphincters, il importe de distinguer la sensibilité spéciale, inhérente à la fonction, et qu'à ce titre on pourrait appeler fonctionnelle, de celle qui appartient à la membrane muqueuse.

« A l'état normal, le passage des aliments s'effectue sans que nous en ayons conscience; nous ne nous en apercevons que dans les cas où une affection locale a produit de l'hyperesthésie, ou quand un corps dur, rugueux ou pointu est introduit. Sous ce rapport, la susceptibilité varie dans des proportions que la plus vulgaire des expérience permet de constater. Il en est de même pour les liquides et les aliments irritants. Seulement, tandis que l'usage des substances irritantes finit par émousser plus ou moins la sensibilité, les individus qui ne tolèrent pas la déglutition des corps durs arrivent rarement à l'accoutumance. Les températures extrêmes sont aussi inégalement perçues.

« La sensibilité générale de l'arrière-gorge, celle qui persiste en dehors de la déglutition, n'est pas moins variable selon les individus. Pour avoir une idée vraie de son degré, il faut la constater directement et ne pas s'en tenir à des données hypothétiques. Je me suis livré sous ce rapport à des expériences que je pourrais dire innombrables, et qui m'ont conduit à admettre que la sensibilité du voile du palais est beaucoup plus obtuse qu'on ne le suppose. »

L'auteur s'étend longuement sur les modes d'exploration de cette sensibilité. « Pour estimer la sensibilité, il importe surtout de placer le malade dans des conditions favorables à l'examen. Si on abaisse vivement et brusquement la langue, de manière à

exciter une sorte de convulsion synergique du voile du palais et du pharynx, l'arrière-gorge devient plus sensible en apparence; le malade rejette au moindre attouchement, et par une sorte de contraction instinctive, le mouvement qui vient d'être provoqué. En abaissant patiemment la langue et en évitant de solliciter des mouvements sympathiques, on peut apprécier la sensibilité au contact, au pincement, au chatouillement. J'ajouterai que les essais n'ont de valeur que s'ils opèrent sur de petites surfaces. Tout corps volumineux mis en contact avec l'arrière-gorge détermine plus ou moins la même contraction que le bol alimentaire.

« Lorsqu'après avoir pris ces précautions indispensables, on saisit entre les mors d'une pince le bord libre du voile du palais chez un individu exempt de toute maladie gutturale, il éprouve rarement de la douleur et n'a qu'une conscience très vague du pincement.

« L'attouchement avec une tige de verre mousse, par exemple, est à peine ressenti, et la sensation de température n'est perçue qu'aux degrés extrêmes.

« Il n'en est pas de même du chatouillement qui sollicite, comme chacun sait, une irritation spéciale et une vive contraction du voile du palais, même chez les sujets qui ont cette partie peu contractile.

« Nous avons, pour graduer la sensibilité du voile du palais, deux mesures, l'une que nous empruntons aux perceptions du malade, l'autre qui nous est fournie par les mouvements réflexes et involontaires de la membrane. La première est, comme on vient de le voir, assez indistincte ; l'autre donne-t-elle des renseignements précis ? ».

Lasègue (se fondant très probablement sur la disso-

ciation entre les troubles moteurs et sensitifs en d'autres points de l'organisme) nie, contrairement à l'opinion généralement reçue, que la paralysie du voile entraîne toujours la paralysie de la sensibilité, opinion qui tirait son origine de ce qu'on constate dans la paralysie diphtérique, le plus fréquent, il est vrai, des troubles moteurs qui puissent atteindre cet organe. Il distingue à ce point de vue la sensibilité réflexe fonctionnelle, en quelque sorte, de la sensibilité proprement dite, vue ingénieuse et profondément vraie ; car il peut y avoir sensibilité médullaire quand la sensibilité générale est perdue. « Il n'en est plus ainsi quand le liquide ou le bol alimentaire, déposé dans la bouche, met en exercice tout l'appareil musculaire de la déglutition. Le voile du palais obéit à l'impulsion commune, et on observe les mêmes efforts que lorsqu'on abaisse la langue rapidement et sans précaution. J'ai vu nombre de fois des malades affectés d'anesthésie absolue au contact, à la piqûre, au pincement, dont le voile du palais n'accusait, pendant ces expériences, aucune trace de contractilité et qui, cependant, conservaient intacte la faculté de déglutir les boissons. » Suivant Lasègue, toute poussée d'angine s'accompagne, pendant les premiers temps de la convalescence, d'une anesthésie plus ou moins durable. « On peut dire que tout individu convalescent d'une angine aiguë non limitée aux amygdales perd plus ou moins et pendant un espace de temps variable une portion de la sensibilité tactile du voile du palais. » D'ailleurs, à la longue, cette sensibilité pharyngée déjà assez obtuse finit par s'atténuer sous la répétition de certains actes. « L'emploi du laryngoscope en obligeant les malades au contact d'un miroir relativement volumineux, a appris combien la

sensibilité finissait par s'émousser sous l'influence de manœuvres répétées. Je ne puis que confirmer l'opinion émise par les expérimentateurs sur l'anesthésie complète ou incomplète, sans trace de paralysie, que détermine l'administration prolongée du bromure de potassium. A un moindre degré, tous les irritants produisent des effets analogues à ceux qui suivent les inflammations. » Parmi les états morbides généraux du système nerveux, il ne parle que de l'hystérie. « Les hystériques chez lesquelles il existe tant de perversions de la sensibilité et qui sont, en particulier, sujettes aux anesthésies partielles les plus durables et les plus absolues, éprouvent souvent des spasmes, rarement sinon jamais, de la paralysie du voile du palais. Lorsque, dans le cours de l'hystérie, la sensibilité de l'arrière-gorge est abolie, ce qui n'est rien moins qu'exceptionnel, on peut tirailler, irriter, pincer, on pourrait déchirer au besoin la membrane muqueuse sans qu'il en résulte ni une sensation désagréable, ni un mouvement[1]. J'ai dit que la déglutition n'était pas modifiée par cette insensibilité complète. »

Les troubles *moteurs* consisteraient en *spasmes*, dont l'existence lui paraît incontestable, mais sur lesquels il reste muet, faute probablement de matériaux suffisants, et en phénomènes *paralytiques*. A propos de ces derniers il ne s'occupe en réalité que de ceux qui ont rapport au voile. Il les divise ceux-ci en paralysies dues à une affection cérébro-spinale (cérébro-bulbaires) et en paralysies indépendantes des centres nerveux. Les premières avaient été signalées déjà par différents nosologistes de l'époque à la suite de l'hémorragie cérébrale, des tumeurs, des traumatismes craniens, etc. Lasègue reste muet sur

1. Voir plus haut Chairou.

le mécanisme pathogénique qui lui paraissait probablement indifférent, les troubles staphyliens n'ayant pas ici un grand intérêt clinique, et leur histoire très secondaire se trouvant enfouie au milieu d'un ensemble symptomatique beaucoup plus important. Il se contente d'indiquer l'allure clinique de la paralysie vélaire. « Chez les malades atteints d'affections cérébrales diverses, que je n'essayerai pas de caractériser, la paralysie du voile du palais survient immédiatement après l'attaque initiale et peut se prolonger, en décroissant, pendant une période de temps indéfinie. Elle est caractérisée par la gêne de la déglutition, de très rares régurgitations nasales, le changement du timbre de la voix qui n'est pas précisément nasonnée. Elle correspond à une anesthésie presque toujours difficile à mesurer. Je l'ai vue rarement unilatérale, plus souvent généralisée. Presque toujours elle s'accompagne d'un certain degré de contraction permanente qu'on ne retrouve dans aucune autre affection gutturale ».

Les paralysies staphyliennes, indépendantes des affections des centres nerveux, seraient extrêmement fréquentes, si on a soin de ne pas négliger les formes légères [1]. Lasègue se range franchement à l'idée que les troubles moteurs sont dus à une angine [2] et non pas à une perturbation du système nerveux, telle qu'on en observe souvent à la suite des maladies générales fébriles graves, « à forme septique ou infectieuse », et que Gubler, qu'il cite, du reste, avait

1. C'était l'opinion de Gubler, longtemps acceptée; actuellement on attribue les troubles parétiques uniquement au microbe de Lœffler. Or ses effets anatomiques étant souvent polymorphes, on a cru souvent indûment à une angine simple, quand il s'agissait de la diphtérie. Voir IV[e] volume : Paralysies diphtériques.

2. Voir IV[e] vol., p. 577.

fort bien fait ressortir dans un mémoire célèbre. La phlegmasie exercerait l'action principale, mais il existerait aussi une prédisposition individuelle incontestable bien qu'impossible à préciser. La profondeur des lésions ne jouerait pas un rôle prépondérant; car la syphilis, même très destructive, ne s'accompagne pas, dit-il, de paralysie vélaire. Les symptômes, la marche, la terminaison de ces troubles moteurs sont fort bien décrits, mais n'offrent cependant rien de bien nouveau pour ceux qui ont parcouru les travaux des prédécesseurs de Lasègue sur cette question (voir IVe volume. *Paralysies diphtériques*). Notons cependant ce qu'il dit sur l'inclinaison du voile. « La procidence du palais, bien que constante, n'est pas toujours également appréciable. Les dimensions du voile du palais sont loin d'être les mêmes chez tous les individus [1]. Il suffit que la luette soit augmentée notablement de volume, œdémateuse, alourdie, pour quelle entraîne la membrane. Sous ce rapport, les affections de la luette ont une influence mal analysée, et les effets incommodes qu'on attribue à la pression de la luette sur la base de la langue tiennent encore plus à la tension du voile qui entrave la déglutition de la salive. »

Enfin Mandl a consacré à la question un chapitre assez court et assez incomplet, car il ne parle guère que des angines et de l'hystérie. Mais nous croyons devoir le reproduire à cause de sa date en quelque sorte termi-

1. Ceux-ci peuvent être ou trop courts (insuffisance staphylienne de Trélat et Lermoyez), ou trop longs, comme je l'ai fait voir (*Le Pharynx* et *Archives internationales de laryngologie*). L'isthme allongé, à amygdales spéciales, à piliers très écartés et souvent peu saillants, ressemble alors beaucoup à celui de certains mammifères. Ses affections ont aussi une allure spéciale.

nale (1872), et aussi parce qu'il montre bien la façon dont les spécialistes de gorge, nez et larynx comprenaient alors la question.

« L'*anesthésie* est constatée souvent, en même temps que la paralysie du voile du palais, à la suite de la diphtérite ou dans les ulcérations tuberculeuses syphilitiques, etc. Dans l'hystérie et dans la paralysie du glosso-pharyngien, elle est portée parfois au plus haut degré ; le globe alimentaire n'excite plus ni mouvements, ni l'envie ou le besoin de la déglutition et peut arriver dans la cavité laryngée. On voit ainsi chez les phymiques arrivés au dernier degré le bol alimentaire pénétrer dans les cavernes.

« L'*hyperesthésie* du voile et surtout de la paroi postérieure du pharynx peut exister, indépendante de toute affection générale ; chez les femmes hystériques, elle détermine quelquefois des *névralgies*. Les symptômes locaux de la *soif* excessive sont : la sécheresse, l'embarras de la parole et la raucité de la voix ; on peut tromper le besoin de boire par quelques gargarismes acidulés, glacés, etc. On voit la *paralysie* des tissus, qui constituent la cavité pharyngo-buccale, succéder à l'angine inflammatoire, diphtéritique, herpétique, à la fonte des amygdales, à la fièvre typhoïde, le choléra (Gubler), etc. Elle occupe le siège même de la phlegmasie, est bilatérale ou unilatérale ; le nasonnement se décèle peu de jours après que les phénomènes inflammatoires ont disparu. On peut supposer, avec une certaine probabilité, que ces paralysies sont déterminées par une altération organique locale, parce que, quand l'angine a été limitée à certaines parties du voile, ces parties seules sont frappées de paralysies consécutives. La paralysie de la cavité

pharyngo-buccale peut en outre être la conséquence d'une affection des centres nerveux. Les symptômes sont le nasonnement et la dysphagie.

« La dysphagie paralytique est *incomplète*, et alors il y a simple difficulté d'avaler les liquides et les solides, vaincue par les efforts du malade, ou la déglutition est rejetée, etc., ou bien elle est *complète*, et alors la déglutition est absolument impossible ; le bol peut passer dans les voies respiratoires, provoquer la toux ou la suffocation et même des convulsions ; les boissons descendent avec bruit et la malade sent parfois douloureusement la place occupée par le bol. Le diagnostic différentiel avec la dysphagie *spasmodique* repose sur l'absence de régurgitations, sur la facilité avec laquelle la sonde peut être introduite, sur la sonorité de la déglutition des liquides et sur cette circonstance que les morceaux secs et volumineux descendent aussi facilement que les morceaux de petit volume.

« Une dysphagie permanente est le symptôme terminal de *dilatations* considérables et de la *dégénérescence cancéreuse*. Le *spasme* du pharynx, à son moindre degré, constitue le *globe* ou la *boule hystérique* ; à un degré supérieur, le *pharyngisme*, et au plus haut degré, le *trachéisme*. Dans les attaques hystériques complètes, la boule, en arrivant au larynx, provoque le cri appelé initial ; il y a en outre dysphagie. »

IV. — TRAUMATISMES DU PHARYNX

Protégé en avant par la saillie de la mâchoire inférieure et celle du larynx, en arrière par le rachis, sur les côtés par une grande épaisseur de parties molles contenant le paquet vasculo-nerveux du cou, le pharynx est rarement atteint par des lésions traumatiques et, quand celles-ci existent, elles disparaissent, en quelque sorte, au milieu d'accidents morbides beaucoup plus graves, tels que blessures de la carotide, de la jugulaire interne, asphyxie par écrasement de la trachée ou du larynx, etc.; ou du moins la symptomatologie apparaît très complexe. Aussi c'est dans le chapitre « Plaies du cou » que les ouvrages de chirurgie ou les articles des Dictionnaires décrivent généralement les traumatismes pharyngés, chemin faisant, en même temps que les blessures des organes voisins. Mais on peut élever contre cette façon de procéder les mêmes objections que nous avons mentionnées précédemment à propos des pharyngites secondaires. Le tableau morbide propre aux traumatismes pharyngés ne ressort pas toujours avec une clarté suffisante dans cette peinture d'ensemble et d'ailleurs, dans certains cas, exceptionnels il est vrai, le malade ayant survécu pour des raisons diverses, c'est du côté de la gorge que l'attention du médecin est attirée soit pendant la guérison, soit après celle-ci, lorsqu'il persiste par exemple une fistule consécutive avec ou sans dysphagie, troubles de la voix, etc.

Les traumatismes du pharynx peuvent se produire du

dehors, c'est-à-dire n'atteindre l'organe qu'après avoir traversé une partie plus ou moins considérable des parties molles du cou, ou agir, au contraire, directement sur la cavité pharyngée. Ils sont dus à des instruments piquants, tranchants, contondants (cornes d'animaux), à des projectiles d'armes à feu ; enfin le lieu où s'est produite la blessure a aussi une grande importance (plaies sus et sous-hyoïdiennes, plaies de parties latérales, etc). Quand les parois de la gorge sont intéressées par un corps étranger tel qu'esquilles d'os, arêtes, on a l'habitude d'étudier les accidents, consécutifs aux petites plaies qui en résultent, dans le chapitre consacré aux corps étrangers en général ou même aux abcès pharyngés d'origine traumatique. Nous nous sommes conformés à cette habitude (voir *Abcès pharyngiens* dans le II[e] et le IV[e] volume de cet ouvrage).

Nous croyons devoir, cependant, décrire ici les *brûlures* par *acide*, faute de pouvoir leur trouver une place plus appropriée. En général, les désordres pharyngés disparaissent devant ceux de l'œsophage ; mais parfois la partie terminale du premier organe ainsi que le second sont intéressées en même temps, comme il résulte de l'observation suivante due à Bégin. « J'eus récemment l'occasion de voir avec M. Broussais un jeune adolescent qui, par erreur, avait porté avec précipitation dans sa bouche, quelques mois auparavant, une gorgée d'acide sulfurique. Il ne paraît pas que cette substance parvint, néanmoins, en notable quantité dans l'estomac. Les accidents graves produits par la cautérisation de la bouche et du pharynx se manifestèrent et furent heureusement combattus. Mais la *fin de la cavité pharyngienne* et le commencement de l'œsophage se rétrécirent peu à peu, au point de ne

permettre que l'ingestion d'aliments mous, puis très délayés, puis du lait seulement, et enfin de rendre toute ingestion impossible. Depuis trois jours, lorsque je le vis, le jeune malade ne pouvait, malgré les plus violents efforts, faire franchir à une seule goutte de liquide l'obstacle ; à l'extérieur les parties étaient d'ailleurs saines. A l'intérieur l'inspection des parois pharyngiennes ne laissait rien apercevoir de particulier. Le cathétérisme répété avec des sondes de plus en plus grosses a amené un grand soulagement, mais pour combien de temps ? »

Les *contusions* du pharynx sont en général le résultat d'un cathétérisme mal fait de l'œsophage ou bien de tentatives maladroites exécutées pour l'extraction d'un corps étranger. Les quelques faits publiés par les auteurs de l'époque prouvent que, quand les lésions sont légères, elles guérissent facilement et sans complication. Si les lésions sont plus fortes, il en résulterait un gonflement consécutif du tissu cellulaire péri-pharyngien, qui pourrait ne pas se résoudre et aboutir à la suppuration. L'abcès rétro-pharyngien serait alors le plus fréquent[1].

Les *plaies de dedans en dehors* sont produites par un instrument piquant ou contondant poussé à travers la bouche, soit volontairement, soit à la suite d'une chute, le corps étranger étant situé préalablement entre les dents du malade. Fabrice de Hilden, Plater etc., ont signalé quelques accidents de ce genre (voir le IVe volume de cet ouvrage, paragraphe *Abcès péri-pharyngés*), que nous avons mentionnés autre part. D'autres fois, il s'est agi d'un coup de couteau, d'une canne à épée dont la pointe a passé à travers la brèche et est venue perforer le voile ou se ficher contre la paroi postérieure du pharynx.

1. Voir *Suppurations péripharyngiennes*, IVe volume.

Les *plaies* par *armes à feu* peuvent non seulement déchirer le voile mais encore occasionner des pertes de substance, qui expliquent la production de fistules plus ou moins étendues. S'il survient une inflammation gangreneuse, l'organe peut être détruit en totalité ou en partie.

L'observation suivante de Bérard mérite de fixer l'attention à cause de ses particularités. « L'un de nous (Compendium de chirurgie de Bérard et Denonvilliers) a donné ses soins à un enfant de cinq ans qui, en tombant avec violence, la bouche ouverte, s'était enfoncé dans le voile du palais le manche d'une petite pelle qu'il tenait à la main. Cette cloison musculo-membraneuse avait été perforée et présentait une ouverture à bords déchirés de 5 à 6 millimètres de diamètre qui s'est cicatrisée complètement dans l'espace de quelques jours. » Bérard fait remarquer avec raison que les choses ne se comportent pas de la même façon si le bord libre du voile est intéressé ou s'il ne l'est pas; car, dans le premier cas, les bords de la plaie s'écartent sensiblement, et il en résulte une division permanente si on ne recourt pas à la staphylorraphie. Dans le second cas, on pourrait espérer la guérison; les bords ne s'écartent pas, à moins que la perte de substance ne soit considérable, soit d'emblée, soit consécutivement à une gangrène des portions lésées.

Les traumatismes pharyngés les plus fréquents sont ceux qui ont lieu de dehors et en dedans. Nous avons insisté, au début de cet article, sur le caractère très complexe des lésions qui portent à la fois sur un grand nombre d'organes [1]. Délaissant les plaies qui atteignent

1. Voir, à ce sujet, les articles des dictionnaires, le traité de Boyer, celui de Vidal, de Nélaton, etc.

l'organe par les parties latérales ou par les parties postérieures parce que la blessure du pharynx n'est qu'une trouvaille d'autopsie, sans intérêt clinique, nous ne nous occuperons ici que des traumatismes ayant lésé le pharynx d'avant en arrière, c'est-à-dire après avoir intéressé les parties molles qui le séparent en avant du revêtement cutané.

Les plaies du cou par instrument tranchant se constatent d'ordinaire dans les tentatives de suicide. Dieffenbach a montré que le paquet vasculo-nerveux restait souvent intact. La plupart, en effet, de ceux qui cherchent à se donner la mort en se coupant le cou se servent, dit-il, de la main droite. Le couteau est dirigé fréquemment de gauche à droite et un peu obliquement de haut en bas, le plus grand nombre se coupant le larynx. Ordinairement, la plaie est unique ; presque toujours les blessés ont porté l'instrument vers la moitié supérieure du cou, aussi ne lèsent-ils que les voies aériennes, laissant intacts les gros vaisseaux et les nerfs importants de la région.

Au niveau de la région sus-hyoïdienne « une plaie transversale profonde, dit Laugier, pourra pénétrer jusque dans le pharynx en divisant les parties énumérées plus haut ; l'artère faciale, la linguale, peuvent donner lieu à une hémorragie.. La glande maxillaire et son conduit, la glande sublinguale, divisés, pourront causer des fistules salivaires. La lèvre supérieure de la plaie est portée en haut et en avant par la portion de muscles coupés qui s'attachent à l'os maxillaire ; le bord inférieur est attiré en bas par le sterno-hyoïdien et l'omo-hyoïdien. » Si le malade porte sa tête en arrière, on verrait donc les cavités pharyngées et buccales sur une étendue plus ou moins vaste. Les aliments tendent à s'échapper au dehors ou à péné-

trer dans le larynx. Boyer a conseillé dans ces cas de se servir de la sonde œsphagienne pour alimenter les malades ; mais les auteurs qui sont venus après lui ont fait remarquer que l'emploi de cet instrument était assez difficile.

Dans les plaies qui pénètrent dans le pharyux entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde, il y a rarement d'hémorragie (Laugier). Mais, comme dans le cas précédent, on observe l'issue des aliments en dehors ou à l'intérieur du larynx. Quand l'épiglotte est en grande partie séparée de sa base, elle peut pénétrer dans l'organe phonateur et causer une suffocation mortelle (Gooch, in *Traité des plaies*). Les observations suivantes mentionnent l'allure clinique que peuvent prendre les accidents morbides.

La *possibilité* de la *survie* est pleinement démontrée par un certain nombre de faits, parmi lesquels celui cité par Albers est un des plus anciens et des plus connus. Un soldat reçut d'un Arabe un coup de sabre sur le cou entre la mâchoire inférieure et l'os hyoïde qui pénétra jusque dans le pharynx, mettant à nu l'épiglotte. La plaie guérit avec une certaine inclinaison du larynx en avant. En 1841, cet individu fut examiné par Albers. Pour rendre la déglutition possible, il fallait obturer la fistule qui avait persisté avec un linge maintenu en place par un morceau de cuir. Une plaque d'argent qu'on avait essayé d'y substituer n'avait pas donné de bons résultats. Par la fistule on apercevait la racine de l'épiglotte et les piliers du voile. Cette fistule avait un pouce de large et deux pouces de long. Le larynx se montrait soudé à l'os hyoïde. La santé était parfaite et le patient pouvait se livrer à des travaux assez durs.

Dans le cas de Pétral, il s'agit d'un enfant de cinq ans,

qui reçut un coup de corne dans la région sous-hyoïdienne. Le corps contondant traversa la base de la langue et vint perforer le voile; néanmoins la guérison se produisit. L'observation de Blind, qui essaya de tuer Bismarck en 1866, est un exemple non moins surprenant de la possibilité de guérison de ces énormes plaies thyroïdiennes ouvrant si largement le pharynx qu'une bonne partie de son intérieur devient accessible à la vue. Après avoir incisé la membrane thyroïdienne et coupé obliquement l'os hyoïde, il agrandit encore l'énorme plaie avec ses doigts, de telle sorte que sa béance aurait admis la tête d'un enfant. On apercevait aisément les cartilages aryténoïdes, la glotte, la naissance de l'œsophage, la plus grande partie de la paroi postérieure du pharynx, les piliers, la luette. L'examen laryngoscopique (Semeleder) fit reconnaître que les cordes vocales étaient rouges et gonflées. La déglutition et la phonation étaient impossibles ; cependant, en bouchant la plaie avec un obturateur, on permit au malade de s'alimenter. Peu à peu la cicatrisation s'effectua dans une grande partie de son étendue. Néanmoins il persista, en outre d'une fistule, un peu de dysphagie, du ronflement, des crises d'étouffement quand l'épiglotte plus mobile venait se rabattre sur la glotte, de l'hypophonie et même de l'aphonie à certains moments. Pendant la guérison, des abcès survinrent à différentes reprises et il se produisit des hémorragies assez sérieuses.

La perte d'une portion, plus ou moins étendue de l'épiglotte n'est pas toujours un inconvénient très sérieux. Ceci s'explique assez aisément, puisque la base de la langue en formant couvercle au-dessus de l'orifice supérieur du larynx, lors de l'ascension de l'organe phona-

teur, et surtout la fermeture de la glotte suppléent en grande partie l'absence de ce cartilage [1]. A la bataille d'Aboukir, en 1799, Murat, le futur roi de Naples, fut blessé au cou par un projectile qui ouvrit largement la région thyro-hyoïdienne et sectionna une partie de l'épiglotte. Le morceau ainsi détaché fut rendu dans un effort de vomissements. Le malade guérit parfaitement bien.

Néanmoins Fischer (Chirurgie de Pitha et Billroth) fait remarquer que les phlegmons et l'œdème de la glotte, fréquents à la suite des traumatismes qui se produisent à ce niveau, rendent la guérison très problématique. D'ailleurs, le manque d'épiglotte n'est pas toujours bien compensé. Gibl (Lancet, 1849) a mentionné, dans un cas qui s'était terminé par cicatrisation avec perte de l'épiglotte, la mort subite par suite de l'arrêt au niveau de l'orifice supérieur du larynx d'un morceau de viande qui s'était introduit près de la glotte.

Les tentatives de suicide aboutissent parfois à des résultats inattendus, c'est-à-dire, à la section complète de l'organe en deux portions, l'une supérieure, l'autre inférieure, plus ou moins rétractées. L'observation suivante, due à Dupuytren, montre comment les choses se passent en pareille circonstance. « L. Bertrand, d'un tempérament bilieux, extrêmement irascible, voulant se donner la mort, se fit au cou avec un rasoir une plaie transversale, de l'étendue de quatre à cinq pouces. Cette plaie allait jusqu'à la colonne vertébrale. Elle était pratiquée à la partie antérieure et supérieure du cou. Les extrémités étaient bornées par les muscles sterno-mastoïdiens irrégulièrement coupés et par les artères carotides mises à nu, mais épargnées. Dans le fond de cette vaste solu-

1. Voir le *Pharynx*, 1er vol., Physiologie, rôle de l'épiglotte.

tion de continuité, on voyait la colonne vertébrale, les muscles grands droits antérieurs de la tête et le long du cou, l'appareil ligamenteux antérieur du rachis ; supérieurement le larynx et le pharynx divisés ; inférieurement les mêmes parties.

« L'instrument, en agissant d'avant en arrière, avait coupé la peau, le tissu cellulaire, les muscles sterno-hyoïdiens, sterno-thyroïdiens, omo-hyoïdiens et thyro-hyoïdien, l'artère thyroïdienne supérieure, le cartilage thyroïde lui-même et la naissance de l'œsophage ; l'hémorragie considérable fut complètement arrêtée ; perte de la parole et de la voix, grandes angoisses et souffrances. Détail singulier : Dupuytren introduisit le doigt dans la partie supérieure du larynx et la toux fut déterminée sympathiquement quoique la continuité de la muqueuse laryngée fut détruite ; expulsion des bronches de grande quantité de mucosités mêlées de sang ; une grosse sonde de gomme fut placée dans le nez descendant jusque dans le pharynx qui était rétracté et qu'il fallut aller chercher à deux pouces de profondeur au moins. La sonde servit de conduit aux boissons ; pas d'accidents, mais l'inflammation se développa, la respiration devint plus difficile, râles, et le quatrième jour mort.

« *Autopsie.* — Elle montra toutes les parties dans l'état indiqué plus haut ; la sonde élastique avait parfaitement rempli l'indication pour laquelle on l'avait placée. Nous rappellerons seulement qu'à mesure que les artères carotides montent le long du cou, elles s'inclinent vers les parties latérales pour aller de chaque côté, en arrière, gagner l'angle de la mâchoire inférieure. »

V. — CORPS ÉTRANGERS DU PHARYNX

Par son calibre plus considérable, par sa longueur moindre, le pharynx est beaucoup plus rarement que l'œsophage le siège de corps étrangers; d'ailleurs l'étude de ces derniers peut être confondue sans grand inconvénient avec celle des corps étrangers de l'œsophage, ainsi que l'ont fait longtemps la plupart des traités de chirurgie et des articles de dictionnaires. C'est pour plus de précision qu'on a l'habitude aujourd'hui de particulariser davantage et cette façon de faire ne remonte pas à bien longtemps. Rappelons, avant de mentionner les travaux de nos prédécesseurs immédiats, que les auteurs des siècles antérieurs avaient déjà fourni sur la question des matériaux intéressants. Fabrice de Hilden, Plater, Muys, etc.[1], ont rapporté des cas, où des corps métalliques, des débris d'os, des arêtes de poissons, parfois des aliments avaient provoqué, en s'arrêtant dans le pharynx, de graves désordres immédiats et postérieurement des complications ulcératives et suppuratives qui n'avaient cependant pas toujours empêché la guérison de se produire. Dans un mémoire bien connu de l'Académie de chirurgie, Hévin a fait l'histoire des corps étrangers du pharynx ainsi que de ceux de l'œsophage. Sa description très clinique, très complète, sa classification

1. Voir le II[e] volume de cet ouvrage.

basée sur la symptomatologie et la thérapeutique mérite encore d'être consultées aujourd'hui.

Dans les deux premiers tiers du XIXe siècle, il nous faut d'abord mentionner les progrès que firent accomplir à la question les anatomistes.

Sappey insista, mieux qu'on ne l'avait fait, sur la disposition en entonnoir de l'organe et montra que cette forme expliquait pourquoi les corps étrangers se retrouvaient surtout dans la partie rétrécie du pharynx c'est-à-dire dans le tiers inférieur.

Tillaux, d'autre part, revenant sur les particularités de la région cricoïdienne, notamment sur la saillie que forme ce cartilage et sur l'existence du bord inférieur du constricteur inférieur jouant jusqu'à un certain point le rôle du sphincter, montra qu'il existait en ce point du pharynx un véritable défilé, où les corps étrangers s'arrêtent de préférence.

Les particularités que présentent ces sortes d'accidents, quand ils se produisent dans le pharynx, ont surtout été révélées par quelques observations dont nous parlerons plus loin. En général les traités didactiques sont peu intéressants à consulter; car ils se montrent le plus souvent trop sommaires, et, c'est à propos de corps étrangers en général, qu'il faut aller chercher les renseignements désirables ; encore ceux-ci sont-ils englobés dans la description de corps étrangers de l'œsophage, seuls bien dépeints.

Dans le *Dictionnaire en 60 volumes*, Breschet ne s'occupe uniquement que des corps étrangers de l'œsophage, sur lesquels il fournit du reste des matériaux d'une certaine valeur. Vidal de Cassis et Nélaton se contentent de reproduire assez brièvement les idées de leurs con-

temporains, et si Begin est un peu plus complet, il n'est guère original. Il faut, comme pour la plupart des ouvrages de l'époque, chercher, çà et là, dans son article commun aux deux organes, ce qui a trait au pharynx et ce qui se rapporte à l'œsophage.

« Des fragments d'os, des arêtes de poisson, des morceaux de cartilages ou de tissu fibreux, mêlés aux substances alimentaires et avalés involontairement, sont les corps qui s'arrêtent le plus ordinairement dans la partie supérieure du canal alimentaire. On a vu cependant des sujets qui, durant les accès de délire maniaque, se sont introduit dans le pharynx et l'œsophage des cuillers, des fourchettes, des pièces d'argent, des aiguilles, des épingles, des morceaux d'éponges, etc.

« Un sentiment de strangulation, d'embarras ou de piqûre se manifeste aussitôt qu'un corps étranger s'arrête dans les voies de la déglutition. Le malade se livre incontinent à des efforts violents, convulsifs, presque désespérés pour le rejeter ; la respiration est troublée, le visage rougit, se tuméfie, les yeux deviennent larmoyants, une agitation involontaire, produite par l'effroi plus encore que par la douleur, se manifeste. Mais cet état de désordre s'apaise enfin, soit que le corps étranger se dégage et revienne dans la bouche ou descende vers l'estomac, soit qu'il résiste aux convulsions du pharynx et demeure à l'endroit où il s'est d'abord arrêté. Ces premiers phénomènes sont d'autant plus intenses qu'ils occupent une région du cou plus élevée. On n'observe qu'une douleur plus ou moins vive ou obscure et de la gêne dans la déglutition, lorsque, ayant dépassé les limites inférieures du pharynx, il est arrêté dans la portion thoracique de l'œsophage.

« Il est des corps étrangers assez volumineux pour fermer la glotte et provoquer une imminente suffocation. Habicot cite le fait d'un jeune homme qui, ayant avalé quelques pièces d'or enveloppées dans un linge et ce paquet s'étant arrêté dans le gosier, fut bientôt en proie aux symptômes les plus graves. Le visage devint noir, enflé et difforme ; la voix et la parole ne pouvaient être exécutées; l'entrée et la sortie de l'air s'accompagnaient d'un râle épouvantable, l'aphyxie était imminente. Habicot eut d'abord recours à la bronchotomie, comme un moyen de satisfaire à l'indication la plus pressée, celle de rétablir la respiration, et il put ensuite, après la résolution du gonflement, s'occuper de l'extraction du corps étranger qui l'occasionnait. Bard a rapporté l'exemple d'un aliéné qui fut ainsi asphyxié par une éponge, laquelle s'était arrêtée à la *partie supérieure du pharynx*, et avait sans doute, en se gonflant, oblitéré l'ouverture des voies aériennes.

« Ce danger de la suffocation n'est plus à craindre lorsque le corps étranger a dépassé le niveau de la partie supérieure du larynx. Il peut bien encore gêner la respiration, mais il serait difficile qu'il comprimât, d'arrière en avant, la trachée-artère au point d'y interrompre le passage de l'air.

« Les phénomènes qui succèdent aux premiers accidents déterminés par leur présence dans le *pharynx* ou l'œsophage varient suivant la forme, le volume et le lieu que ces corps occupent. Abandonnés à eux-mêmes, ils continuent à incommoder le sujet, à rendre la déglutition difficile, à gêner plus ou moins la respiration, jusqu'à ce qu'ils soient ou rejetés par le vomissement ou précipités vers l'estomac, ou poussés directement en dehors en

divisant et en ulcérant successivement les parois du conduit alimentaire et tous les tissus qui le séparent des téguments.

« On cite quelques exemples de fragments d'os qui, après avoir résisté à toutes tentatives d'extraction, ont provoqué autour d'eux de la suppuration et un relâchement tels, qu'ils sont redevenus mobiles, ont pu quitter le lieu qu'ils occupaient et s'échapper enfin par un des orifices du canal alimentaire. Dans d'autres cas, des épingles et des aiguilles ont perforé graduellement l'œsophage, et gagné, sans occasionner d'accidents graves, des régions plus ou moins éloignées. Chez quelques sujets, et le mémoire d'Hévin en renferme plusieurs exemples, des abcès formés à l'extérieur du cou ont donné issue à des corps qu'on avait été obligé de laisser dans les voies alimentaires.

« Mais le résultat de ces efforts éliminatoires est loin d'être toujours également heureux. Gilbert a cité le cas d'un abcès au cou, provoqué par un fragment d'os et qui avait eu une issue funeste ; Corby a vu périr un autre sujet par le même accident. »

L'article de Boyer est assez complet sur la question et s'il traite surtout des corps étrangers de l'œsophage, ceux du pharynx ne sont point tout à fait oubliés non plus, ainsi qu'on va le voir. Toute substance alimentaire ou autre, arrêtée dans l'œsophage, est regardée comme corps étranger.

« Parmi ces corps étrangers, les uns doivent à leur volume, les autres à leur forme, leur séjour dans ce canal. Quelques-uns s'y implantent; et, s'ils sont très aigus et très minces, il arrive quelquefois qu'ils sont transportés au loin, qu'ils parviennent même jusqu'aux

téguments. Les corps étrangers s'arrêtent souvent *au bas du pharynx* ou au *commencement de l'œsophage*, quelquefois au-dessus du diaphragme et rarement dans le milieu de l'œsophage.

« Ces corps présentent des variétés relatives à leur volume, à leur forme et à leur nature. On a vu une cuiller, une fourchette, des ciseaux, une clef, un œuf de poule durci par la chaleur et dépouillé de sa coque, un obturateur du palais, etc., porté dans l'œsophage, s'y arrêter et produire des accidents plus ou moins graves. Dans d'autres cas, des corps moins volumineux, une châtaigne, un os de mouton, une bague, un jeton, des pièces de monnaies y sont également arrêtés. On a vu des corps beaucoup moins gros encore, tels que des noyaux de prunes, des grains de plomb, des épingles, des aiguilles, des arêtes de poissons, etc., y rester engagés. Mais, le plus souvent, les corps qui ne peuvent franchir l'œsophage sont des substances alimentaires avalées avec trop de précipitation, en trop grande quantité, ou sans avoir été suffisamment divisées par la mastication. Sous le rapport de la figure, les corps étrangers arrêtés dans l'œsophage varient beaucoup ; les uns sont ronds et lisses, comme les boules d'ivoire, de verre, etc., les autres sont inégaux et garnis d'aspérités, comme des fragments d'os, ou pointus comme des arêtes de poisson, des épingles, etc. Ces corps ne varient pas moins relativement à leur nature ; les uns sont mous et spongieux comme de gros morceaux de chair, de fruits, de pain ; les autres sont durs, tels que des pièces de monnaie, des noyaux de fruits, des cailloux, etc. ; enfin il y en a qui sont libres et d'autres qui sont *engagés* dans les *parois du pharynx* ou de *l'œsophage*.

« Une douleur locale, continuelle ou intermittente, des nausées, des efforts pour vomir, violents et convulsifs, l'impossibilité ou une très grande difficulté pour avaler, la tuméfaction et la rougeur du visage, tels sont les symptômes qui annoncent la présence d'un corps étranger dans l'œsophage. Mais ces symptômes et les suites de l'accident présentent des différences qui naissent du volume, de la figure du corps étranger et du lieu qu'il occupe. Un corps très volumineux, *arrêté dans le pharynx, peut suffoquer sur-le-champ*, en bouchant exactement l'entrée du larynx. On a des exemples de suffocation produite par un gros morceau de viande, un œuf entier, par une châtaigne, une poire, etc. Si le corps étranger franchit le pharynx et s'arrête dans l'œsophage, il peut aussi intercepter la respiration et causer la suffocation en comprimant la trachée-artère. Mais alors le danger est moins imminent que dans le premier cas. Les corps qui ont peu de volume ne nuisent point à la respiration, mais ils gênent la déglutition et ne permettent que le passage des liquides. Ceux qui ont des inégalités causent des déchirements, d'où résultent un saignement plus ou moins considérable et une douleur locale vive qui subsiste même après que le corps étranger s'est déplacé. Cette dernière circonstance mérite d'autant plus d'attention qu'elle pourrait faire croire que ce corps est encore dans l'œsophage et faire entreprendre, pour l'en chasser, des manœuvres qui donneraient lieu peut-être à des accidents graves. Les corps étrangers pointus *et fichés dans les parois du pharynx ou de l'œsophage* les traversent quelquefois et sont portés au loin par leur poids et surtout par l'action des parties; ils peuvent alors sortir par la peau ou par des ouvertures naturelles, sans

avoir causé d'accident; quelquefois ils donnent lieu à des abcès. La lésion des parois du *pharynx* et de l'œsophage par des corps étrangers arrêtés dans ces conduits a rarement des suites fâcheuses, surtout quand on n'a pas fait de tentatives imprudentes pour les retirer ou pour les enfoncer dans l'estomac. Quelquefois cependant, cette lésion a été suivie de l'engorgement squirrheux des parois de l'œsophage et d'une dysphagie mortelle. Une demoiselle de cinquante ans, mangeant d'une carpe, en avala une arête qui, s'étant fixée au bas de la gorge, causa de la difficulté pour avaler. Cette incommodité fut supportable d'abord, mais elle augmenta et devint si forte que les aliments et les boissons que la malade prenait, surtout dans les deux ou trois derniers mois de sa vie, ne passaient pas le bas de la gorge; elle les rejetait environ une demi-heure après les avoir pris, en faisant des efforts très violents et presque jusqu'à étouffer. Réduite à ne prendre qu'une très petite quantité d'aliments liquides, la malade perdit ses forces, tomba dans le marasme et mourut d'épuisement au bout de quatorze mois. A l'ouverture du corps, Littre[1] trouva que l'œsophage, depuis son commencement jusqu'à sept ou huit lignes au-dessous, était d'un quart plus gros que de coutume et, dans le reste jusqu'à l'estomac, plus mince de moitié de son épaisseur ordinaire. En examinant extérieurement la partie tuméfiée de ce conduit, Littre sentit qu'elle était dure, solide et inégale; l'ayant ouverte, il observa une grosseur qui occupait presque tout le contour du conduit, était d'une substance d'un blanc grisâtre, située en partie entre la membrane intérieure et les fibres charnues, et en partie parmi les mêmes fibres.

1. Célèbre anatomiste du XVIIe siècle.

Elle remplissait presque toute la cavité. On y voyait seulement une ouverture presque circulaire, d'environ une ligne de diamètre. Le pharynx était plus ample ; ses parois avaient plus d'épaisseur que dans l'état ordinaire[1].

« On doit extraire les corps étrangers arrêtés dans le *pharynx* ou l'œsophage, et lorsque leur extraction est impossible, les enfoncer dans l'estomac[2].

« Il est ordinairement beaucoup plus difficile de les retirer que de les enfoncer. Cependant, on doit toujours s'attacher, autant que possible, à extraire les corps étrangers engagés dans l'œsophage, parce que, quand on peut y réussir, on est délivré de toute crainte, tandis qu'en les enfonçant, on n'est pas absolument sûr de l'événement. Cette règle regarde tous les corps étrangers arrêtés dans l'œsophage, mais plus particulièrement les corps durs qui, par leur figure angulaire, inégale ou tranchante, sont capables de piquer, couper ou déchirer les parties qu'ils touchent. Les doigts, les pincettes, diverses espèces de crochets et d'anneaux, l'éponge, les vomitifs et les sternutatoires, tels sont les moyens qu'on a employés pour retirer les corps étrangers arrêtés dans l'œsophage, ou pour en procurer la sortie.

« Lorsque les corps étrangers sont fixés dans le *pharynx* et qu'on peut les toucher, on doit se servir des doigts ou des pincettes, préférablement à tout autre instrument ; dans ce cas, des pincettes droites suffisent. Mais, lorsque le corps étranger est enfoncé plus avant dans la *partie inférieure du pharynx* ou dans le haut de l'œsophage, on est obligé d'employer des pinces plus longues et recourbées comme celles dont on se sert pour arracher

1. Cette hypertrophie des parties en amont est ici compensatrice.
2. Hévin, Mémoire cité.

les polypes des narines. Le malade est assis sur une chaise, la tête appuyée sur la poitrine d'un aide qui la tient un peu renversée; le chirurgien abaisse la base de la langue avec le doigt indicateur de la main gauche et tient les pinces de la main droite; il les conduit sur ce doigt après les avoir trempées dans l'huile, et les fait glisser jusqu'au corps étranger, le long de la paroi postérieure de l'œsophage, afin d'éviter le larynx; lorsqu'elles touchent le corps étranger, il le saisit et en fait l'extraction.

« Si l'on ne peut atteindre, ni avec les doigts, ni avec les pinces, le corps étranger, on emploie une tige de métal solide et courbée à son extrémité en manière de crochet ou d'hameçon. Cet instrument convient surtout lorsque le corps a de la prise et qu'il n'est pas arrêté fort loin dans l'œsophage. Pour s'en servir, on place le malade comme nous venons de le dire; on conduit l'instrument avec de l'huile, on l'enfonce dans l'œsophage et on le fait glisser à côté du corps étranger, assez avant pour pouvoir ensuite, en le retirant doucement, engager ce corps dans le crochet. Il est aisé cependant de remarquer, malgré les succès nombreux enseignés dans les livres, qu'il peut y avoir quelque danger à se servir d'un crochet pareil à celui-ci, parce que le bout aigu de l'instrument peut accrocher et déchirer les parois de l'œsophage[1]. »

Nous croyons devoir rapporter les observations suivantes à cause de l'intérêt qu'elles présentent et aussi parce qu'elles sont souvent citées par les écrivains de l'époque, qui s'en sont servi pour tracer la symptomatologie des corps étrangers du pharynx.

La plus ancienne remonte à 1835 et est due à GRELLOIS.

1. Le panier de Grœffe est bâti sur le principe de ce dangereux instrument; mais son mode de construction le rend moins périlleux.

Elle semble démontrer que, dans certains cas, les symptômes observés peuvent *simuler* assez bien les troubles déterminés par la *phtisie*. Le malade succomba au milieu de phénomènes d'épuisement très accusés.

« Le nommé Crespin, cuirassier au 7e régiment, d'un tempérament sanguin, d'une constitution athlétique, était atteint d'un catarrhe bronchique, dont l'invasion remontait à cinq mois et pour lequel il n'avait fait usage d'aucune médication. Cette maladie l'incommodait fortement pendant la nuit, mais peu dans la journée. Le 23 janvier, en mangeant sa soupe, il éprouve tout à coup à la région pharyngienne une vive douleur, accompagnée d'un sentiment violent de strangulation ; il a la conscience d'avoir avalé un os. Amené de suite à l'hôpital, il présente les symptômes suivants : respiration difficile, face violacée, anxiété extrême, et suffocation imminente ; les mouvements de déglutition sont douloureux et presqu'impossibles. Il crache du sang et indique du doigt le point douloureux, l'endroit du pharynx ou de l'œsophage où il suit le corps étranger ; celui-ci paraît libre, puisqu'il se fait sentir tantôt à un point, tantôt à un autre, à des hauteurs qui varient entre elles d'un pouce. J'essaie plusieurs fois l'introduction de la sonde œsophagienne, seule ou garnie à son bec d'un peloton de fil ou d'une éponge ; elle pénètre à plusieurs reprises sans difficulté jusques dans l'estomac, sans qu'aucun signe puisse faire reconnaître l'existence du corps, quoique, après les manœuvres, le malade me dise sentir l'os plus bas. Ces tentatives étant infructueuses, je lui conseille la marche, et surtout une promenade à cheval, qui sont sans succès. Pendant deux heures, les oscillations du corps étranger restent les mêmes ; il continue à monter et à

descendre, occupant alternativement la partie inférieure du pharynx ou la partie supérieure de l'œsophage.

« Deux grains d'émétique en deux doses et plusieurs potions huileuses sont administrées sans plus de succès; de nouvelles introductions de la sonde œsophagienne sont encore tentées en vain; des pommes de terre, de la mie de pain avalées par le malade sont encore infructueuses. Enfin, les saignées locales et générales n'ayant amené aucun résultat favorable, le malade est abandonné aux ressources de la nature dans la crainte d'augmenter par la multiplicité des efforts l'irritation déjà existante. A la visite du 24, même état; cependant, au bout de quelques jours, la douleur locale est moins vive et moins circonscrite, elle occupe tout le pharynx et une partie de l'œsophage; le malade ne peut plus préciser le point où il sent arrêté le corps étranger.

« Pendant un mois, il reste dans cet état; le chirurgien en chef se croit alors autorisé à nier l'existence d'un corps étranger qui d'ailleurs a résisté à tous les moyens d'investigation, et croit avoir affaire à une phtisie laryngée; il évacue en conséquence le malade dans une salle de fiévreux, le 14 février

« La faiblesse et la maigreur sont extrêmes, la voix presque éteinte; une toux opiniâtre accable le malade et développe incessamment de la douleur aux parties affectées. Un mouvement fébrile presque continu accompagne cet état. Bientôt la douleur et la gêne du cou augmentent; un moxa, brûlé sur la partie antérieure de cette région, n'y apporte point d'amélioration, et aucun moyen ne paraissait plus pouvoir être tenté, lorsque le 26 mars, à trois heures après midi, après avoir mangé quelques pruneaux, le malade ressent une douleur vio-

lente qui semble descendre le long de l'œsophage, accompagnée de nausées et de malaise à la région épigastrique, et, après quelques efforts, il rend, au milieu d'aliments non encore digérés et en présence de plusieurs témoins, un os triangulaire, à angles rugueux et chagrinés, présentant à une de ses faces une saillie de deux lignes, mince, rugueuse, et occupant toute sa largeur; les dimensions de cet os sont telles que deux de ses côtés offrent chacun un pouce d'étendue et le troisième huit lignes.

« Pendant les quinze jours qui suivirent, l'état du malade paraissait satisfaisant; on avait même l'espoir de le sauver, malgré les désordres que l'on présumait exister dans le pharynx ou dans l'œsophage. La toux était calmée, la déglutition devenue plus facile, l'expectoration moins abondante et moins purulente, quoique la parole fût toujours difficile et la voix basse et enrouée ; mais cette amélioration fut de courte durée. Du 12 au 15, les douleurs se réveillèrent, la suffocation devint imminente, la toux opiniâtre, la déglutition impossible, la maigreur extrême. A tous ces symptômes se joignirent ceux qui sont propres à la pneumonie ; leur intensité ne fit que s'accroître pendant trois semaines. Enfin il fut enlevé à ses maux le 4 avril, dans un état voisin du marasme.

« A l'autopsie, le corps étranger s'était logé à la partie inférieure du pharynx et un peu à droite; il avait déterminé la carie des cartilages aryténoïdes et de la partie postérieure du cricoïde formant le fond d'une vaste ulcération ouverte dans le pharynx, mais non dans le larynx, dont la membrane muqueuse était épaissie ; une ulcération analogue occupait la paroi postérieure et avait mis le corps étranger en rapport immédiat avec la colonne vertébrale, avait détruit les ligaments vertébraux correspon-

dants, et s'était creusé une fossette de deux lignes de profondeur aux dépens des deux vertèbres voisines et du fibro-cartilage intermédiaire. Traces d'inflammation dans le tissu pulmonaire. »

Le cas suivant, très curieux, est celui où le Dr ADAM réussit à extraire du pharynx d'un nourrisson de huit mois de nombreuses aiguilles et l'étui qui les contenait. L'hémorragie et la suffocation étaient très alarmantes. Le bébé guérit parfaitement bien. « Je fus, dit-il, appelé auprès d'un enfant âgé de huit mois. Sa mère ayant à s'absenter, l'avait couché et lui avait laissé son étui plein d'aiguilles comme un jouet pour l'amuser. Quand la mère rentra, elle trouva son enfant sans mouvement et pouvant à peine pousser quelques soupirs ; voyant d'un autre côté des aiguilles éparses çà et là sur le lit avec un bout de l'étui, elle devina le malheur qui était arrivé ; elle n'eut que la force de crier et s'évanouit.

« Quand j'arrivai, je trouvai l'enfant presque asphyxié, la face bleuâtre et la bouche pleine d'écume sanguinolente ; lui ayant ouvert la bouche, je portai le doigt dans l'arrière-bouche et touchai distinctement plusieurs aiguilles. Je procédai immédiatement à leur extraction. Avec deux doigts de la main gauche j'abaissai fortement la mâchoire inférieure et la langue dans toute son étendue, puis, saisissant des pinces à anneaux de la main droite, j'allai à la recherche des aiguilles qui se trouvaient fichées sur la voûte palatine, sur la base de la langue et sur les différentes parties du pharynx.

« Malgré le peu de lumière et l'écoulement du sang, je parvins à extraire cinq aiguilles. Il en restait une sixième horizontalement située et fixée, une extrémité dans la base de la langue et l'autre extrémité dans la

paroi postérieure du pharynx; faisant alors une forte pesée sur l'extrémité fixée dans la base de la langue, je pus dégager l'autre et retirer l'aiguille sans la briser.

« Il ne restait plus d'aiguille et cependant l'enfant ne revenait pas. Comme ailleurs on n'avait pu trouver la partie manquante de l'étui, je pensai que ce corps étranger pouvait bien s'être arrêté au fond de l'arrière-gorge ou même dans l'œsophage. En face d'une mort imminente, je songeai d'abord à la trachéotomie; mais, avant de recourir à cette ressource extrême, je portai encore une fois la pince le plus loin possible ; je sentis un corps résistant et saisis le bord de l'étui qui fut immédiatement extrait. Des insufflations et les différentes pratiques usitées contre l'asphyxie furent mises immédiatement en usage. L'enfant revint peu à peu et quand la respiration se fut rétablie, il vomit à plusieurs reprises du sang caillé mêlé à des mucosités. Trois jours après, l'enfant se livrait à ses jeux et était guéri. »

L'observation de Millard se rapporte à un vieillard paraplégique sans dents et très glouton ; il avait avalé un énorme morceau de bœuf bouili qui s'était arrêté dans la partie inférieure du pharynx et, en bouchant l'orifice supérieure du pharynx, avait rapidement déterminé la mort par asphyxie. Ce morceau de viande était taillé en trapèze et était long de 38 millimètres, large de 32 millimètres. Les poumons se montraient médiocrement congestionnés, comme dans toutes les asphyxies à évolution rapide. Verneuil fait remarquer à ce propos que l'accident est assez fréquent chez les sujets âgés et que, chez eux, il faut toujours, en cas d'asphyxie subite et menaçante, succédant au repas, explorer avec soin la cavité buccopharyngée.

Le fait suivant dû au docteur Thouvenin, de Voulzie, démontre qu'en abaissant la racine de la langue et en provoquant en même temps le vomissement, on peut, en faisant contracter ainsi le pharynx, après avoir élargi le passage, se débarrasser assez aisément de corps étrangers dont l'extraction paraissait tout d'abord assez difficile (*Bull. Soc. chir.*, 1875).

« Le 29 juillet 1875, une enfant de neuf ans fut amenée au docteur Thouvenin dans le but d'extraire un sou que cette jeune fillette avait avalé cinq heures auparavant. La petite malade avait l'air très inquiet; pourtant elle déclarait qu'elle ne souffrait pas beaucoup et qu'elle n'était même pas très gênée. La respiration était naturelle, la voix n'était pas altérée et la déglutition des corps liquides restait facile. L'enfant, interrogée sur le siège du corps étranger, indiquait invariablement avec le doigt la partie supérieure du cou. La palpation externe, l'introduction du doigt jusqu'à l'orifice de la glotte ne révélaient aucun obstacle. Une sonde flexible terminée par une petite olive fut aussi introduite jusque dans l'estomac sans rencontrer le moindre obstacle. C'était à faire douter de la réalité du fait de la pénétration du corps étranger. Mais la petite malade était très affirmative dans ses réponses et dans l'indication du siège de la douleur qu'elle ressentait; d'autre part le docteur Thouvenin, éclairé par le fait publié la même année par Guyon (sou dans l'œsophage), pensa que le corps étranger était retenu au niveau de l'isthme cricoïdien et disposé verticalement à plat le long de la paroi de la cavité pharyngienne. Il fit incliner la tête de l'enfant en avant, déprima avec l'index la base de la langue et provoqua en même temps par le chatouillement le vomissement. Le sou fut rapidement expulsé au dehors. »

Le fait suivant d'une plaque supportant des dents artificielles, ayant séjourné cinq mois dans le pharynx, prouve que parfois, malgré la situation gênante des corps étrangers du pharynx, ceux-ci sont bien supportés. Voici l'analyse qu'en donne la *Gazette hebdomadaire* de 1866.

« M. Geoghégan, chirurgien du City of Dublin hospital, fut consulté par un homme de soixante ans, se plaignant d'une affection laryngo-pharyngienne, qu'il croyait être le début d'un cancer.

« D'après le malade, cinq mois auparavant, il fut saisi pendant qu'il était au lit, d'une grande difficulté dans la déglutition et la respiration, accompagnée de salivation, de toux convulsive et d'efforts de vomissements. Les symptômes s'amendèrent ensuite, mais le malade cessa de pouvoir prendre autre chose que des aliments liquides.

« En examinant la gorge, on ne voyait qu'une vascularisation très marquée ; mais le doigt, enfoncé jusqu'à l'épiglotte, rencontrait un corps étranger dur qui occupait toute la largeur du pharynx. Un cathéter enfoncé à ce niveau donnait un son métallique lorsqu'il rencontrait le corps étranger. Interrogé avec soin, le malade niait avoir avalé aucun corps solide, lorsqu'il se rappela qu'un jour il n'avait plus trouvé au réveil son dentier artificiel, qu'il avait supposé à cette époque avoir été jeté par mégarde par son domestique.

« A l'aide des doigts et de pinces à polypes, le docteur Geoghégan parvint à retirer le corps étranger. C'était une plaque de gutta-percha, ayant toute la largeur de l'arcade dentaire, portant cinq dents artificielles et cinq échancrures répondant à cinq dents naturelles sur lesquelles appuyait le dentier. La plaque avait cinq centimètres de largeur et pesait six grammes. Tout accident cessa après l'extraction. »

« Le cas que nous allons rapporter montre que le corps étranger, quand il a lésé même assez légèrement les parois de l'organe, peut, s'il était malpropre, porteur par exemple de germes pyogènes, déterminer des suppurations assez graves, malgré l'extraction. Du reste le malade de cette observation qui est due à Marc Sée guérit. L'auteur pense que l'heureuse terminaison est due à l'idée qu'il eut de donner du chloral qui est un désinfectant en même temps qu'un calmant.

« Un petit garçon de onze ans fut amené, le premier mars 1875, à l'hôpital Sainte-Eugénie, pour qu'on lui retirât une plume métallique qu'il venait d'avaler. L'enfant avait tenu la plume entre ses lèvres ; en courant il avait ouvert la bouche et une large inspiration avait porté dans l'arrière-bouche le corps étranger, qui s'y était fixé par sa pointe ; après quelques essais infructueux, l'interne de garde était parvenu à saisir la plume avec une pince à pansement ordinaire et à la détacher de la paroi pharyngienne. Mais à ce moment, un mouvement brusque de l'enfant la fit s'échapper, et elle passa dans l'estomac. Un vomitif fut immédiatement administré et le corps étranger fut expulsé. Le lendemain à la visite je constatai un peu d'emphysème à la partie inférieure du cou, et le malade se plaignait de douleurs en avalant. Le 3 mars, léger mouvement fébrile ; l'enfant fait quelques difficultés pour prendre des aliments. En examinant le pharynx, on ne constate aucune lésion. En comprimant un peu au dessus de la fourchette sternale et au-dessus de la clavicule, on détermine un peu de douleur. Les mouvements du cou sont gênés et douloureux. Insomnie. Le 4 mars, les aliments dès la veille ont été rejetés en partie par le vomissement; la fièvre persiste au même

degré. Je prescris un régime entièrement lacté. Les jours suivants, les vomissements se répètent après chaque ingestion de liquide. Dans l'intervalle, l'enfant crachait des mucosités mêlées de pus. Cet état se prolongeant sans amélioration, les parents enmenèrent le petit malade qui s'ennuyait à l'hôpital. Ils le ramenèrent huit jours après (16 mars). Les accidents avaient pris du développement; la difficulté de la déglutition, la fièvre, l'insomnie n'avaient fait qu'augmenter, les vomissements étaient fréquents et l'amaigrissement avait atteint des proportions inquiétantes. L'enfant crachait des quantités considérables d'un pus fétide mêlé de mucus et avec des stries sanguines. Il en rendait deux crachoirs pleins par jour. Le 17, une nouvelle inspection du pharynx ne fait rien découvrir d'anormal. Il n'existe aucun gonflement sur le trajet du cou. La percussion du thorax n'apprend rien de net. Je pense qu'il existe un abcès dans le médiastin postérieur, communiquant avec la partie inférieure du pharynx. Le 18 mars, même état. L'amaigrissement fait des progrès manifestes. La fièvre est continue et l'enfant refuse de prendre tout aliment.

« Dans l'impossibilité de pratiquer une injection dans le foyer de l'abcès au moyen d'une sonde et aussi dans la crainte de répandre le liquide injecté dans le tissu cellulaire du médiastin, j'ordonnai de donner à l'enfant, toutes les deux heures, plusieurs cuillerées d'une solution de chloral au centième, persuadé qu'une portion notable de ce liquide pénétrerait dans la cavité de l'abcès et en opérerait la désinfection, tandis que celle qui arriverait à l'estomac calmerait la douleur et procurerait du sommeil. Le 19 mars, l'enfant, malgré sa répugnance à avaler quoi que ce soit, a pris fréquemment

dans la journée d'hier de la solution de chloral ; il a un peu dormi dans la nuit, et il a un peu moins craché. Même traitement. Le 20 mars l'amélioration continue; les vomissements ont presque complètement disparu. Le 23 mars, il n'y a plus de vomissement, la fièvre a diminué, le pouls est meilleur ; l'enfant commence à manger un peu et les forces reviennent. Le 25 mars, la déglutition n'est plus douloureuse, l'enfant maintenant mange avec plaisir. L'expectoration purulente est réduite à quelques crachats rejetés pendant la nuit. Le petit malade demande à se lever. Tout permet d'espérer une guérison prochaine. »

VI. — PARASITES

L'attitude habituelle du pharynx[1], le manque de recessus, sauf au niveau des cryptes amygdaliennes et de la bourse pharyngienne[2], les mouvements incessants de déglutition qui balayent sans cesse l'intérieur de sa cavité ne permettent guère qu'aux sangsues de se fixer sur les parois buccales, grâce aux crochets et aux ventouses dont est munie leur ouverture buccale[3]. Cependant, les œufs de certains vers, en pénétrant dans la masse sanguine, peuvent être portés par le torrent circulatoire dans les amygdales comme dans n'importe quel autre point de l'économie ; mais la petitesse des tonsilles explique la rareté de cette occurrence, dont la littérature médicale ne possède que quelques exemples. Les parasites végétaux trouvent des conditions un peu plus favorables, notamment l'oïdium albicans anciennement connu, et le leptothrix dont B. Fraenkel a signalé l'existence en 1873, c'est-à-dire peu avant la fin de la période que nous étudions.

I. *Sangsues*. — La présence des sangsues dans le pharynx et les accidents hémorragiques parfois sérieux par leur fréquence et leur abondance n'ont été bien con-

1. Verticale dans toutes les portions du corps non courbées.
2. Ou plutôt l'absence de recessus profonds communiquant avec le reste de la cavité par des ouvertures étroites. Les différents sillons sont très largement ouverts.
3. Cependant dans ces derniers temps, on a signalé une ulcération pharyngée à la surface de laquelle pullulaient des larves de mouche.

nus en France que par les relations des médecins militaires, lors de la conquête de l'Algérie ; mais comme l'hemopis du cheval abonde dans les eaux stagnantes de tous les pays méditerranéens, la fixation de cette annelide dans la gorge avait été entrevue bien longtemps auparavant. On peut même dire que les auteurs de la période grœco-romaine et les Byzantins l'avaient mentionnée de la façon la plus claire et avaient même indiqué quelques-uns des moyens de s'en débarrasser. Hippocrate recommandait déjà d'examiner la bouche et la gorge de ceux qui crachent le sang pour s'assurer s'il n'y avait pas quelques sangsues dans ces cavités. Galien affirme avoir vu plusieurs fois des cas de ce genre, notamment chez un jeune homme, à l'orifice postérieur des narines duquel une sangsue s'était attachée. Celse, Scribonius Largus, Dioscoride, Pline, Aetius, Oribase, Paul d'Egine en font aussi mention. Il en est de même des Arabes. Remarquons que la sangsue de cheval pullule seulement dans les contrées orientales, les médecins des régions du nord en parlèrent surtout par ouï-dire. Cependant Bartholin rapporte l'histoire d'un prince napolitain qui, ayant bu à la chasse l'eau d'un ruisseau, vomit bientôt du sang en abondance par la bouche à la suite d'une piqûre de sangsue dans la gorge. Timœus, Rhodion, Rivière, Zwinger ont rapporté des observations semblables. Chez le malade de ce dernier, l'émétique amena le rejet de plusieurs sangsues. Lorsque le maréchal de Richelieu s'empara de Port-Mahon, dans l'île Minorque, un grand nombre de ses soldats eurent les accidents divers qui accompagnent la déglutition des sangsues. Ils furent guéris par le vinaigre et les boissons acides. D'autre part, le baron Larrey dit que, pendant l'expédition d'Egypte, les troupes de Bona-

parte, dévorées par la soif que déterminait chez eux un climat excessif, se jetaient à plat ventre sur les bords des petits lacs remplis d'une eau douce mais bourbeuse, qu'on rencontre de distance en distance dans les régions désertiques du pays ; ils buvaient avec avidité, sans se douter qu'ils avalaient en même temps de nombreuses hémopis, qui se fixaient à leur gorge et provoquaient bientôt des pertes de sang abondantes.

La communication récente la plus complète et la plus intéressante à consulter est celle de BAIZEAU[1] que nous croyons devoir reproduire.

« La première observation de ce genre date d'une vingtaine d'années ; j'étais alors attaché à l'hôpital militaire de Toulon. Un soldat pâle, amaigri, atteint depuis six mois de crachement de sang, débarque à Toulon, venant d'Afrique. Il allait en congé de convalescence ; mais, fatigué par la traversée, il entre à l'hôpital pour quelques jours. Je fus très étonné, en examinant ce malade, de ne trouver chez lui aucun signe d'altération pulmonaire ; la respiration était normale, la toux presque nulle, il n'éprouvait aucune douleur du côté de la poitrine ou du larynx, la voix n'était pas modifiée ; tout se bornait à une expectoration de crachats sanguinolents. Ayant dirigé mes investigations vers la gorge, je remarquai, lorsque j'eus abaissé la langue avec le doigt, du sang rouge non spumeux qui refluait, sous l'influence de la contraction musculaire, vers l'isthme du gosier. L'hémorragie semblait venir du pharynx ; mais j'avoue que j'en ignorais la cause et je me contentai de prescrire provisoirement des potions fortement vinaigrées et un régime tonique. Immédiatement la quantité de sang expectoré

1. *Archives générales de médecine*, 1863, p. 161.

diminua, et, le troisième jour, le malade rendit par la bouche une sangsue volumineuse. Dès lors, il n'y eut plus de crachements de sang et le malade ne tarda pas à reprendre son embonpoint habituel.

« Depuis mon séjour en Algérie, j'ai eu occasion plusieurs fois de voir des sangsues qui s'étaient fixées ainsi dans le pharynx ou d'autres régions, et aujourd'hui je n'éprouve aucun embarras pour poser le diagnostic en pareil cas.

« Cet accident n'a pas été seulement observé dans nos possessions africaines. Larrey en a été souvent témoin en Egypte, et plusieurs chirurgiens attachés à l'armée française pendant les guerres du premier empire ont vu en Espagne des sangsues qui, avalées par des soldats, étaient restées dans l'arrière-gorge. Il paraît même que, dans certaines parties du midi de la France, on a constaté des faits analogues. Lalouette rapporte qu'en Bourgogne, à l'époque de la moisson, les habitants de la campagne boivent dans les mares et avalent quelquefois des sangsues.

« En Algérie, et principalement dans la province d'Oran, on les rencontre dans presque tous les cours d'eau. Duplessis, médecin de l'hôpital militaire d'Oran, m'a dit avoir compté, dans une marche militaire d'Oran à Tlemcen, plus de quatre cents hommes ayant dans la gorge des sangsues qu'ils avaient avalées en buvant pendant la route. On en trouve en grande quantité dans les sources qui alimentent la ville.

« Les animaux, et surtout les chevaux, en sont aussi les victimes et même plus fréquemment que l'homme. Il n'est pas de jours où les vétérinaires ne soient appelés à enlever des sangsues fixées dans la bouche des chevaux, et souvent elles sont au nombre de deux ou trois sur le même cheval.

« Au moment où elles sont avalées, elles sont si petites qu'elles échappent aisément au regard de celui qui n'est pas prévenu. Filiformes, longues de 3 à 4 centimètres, elles sont presque imperceptibles ; on les prendrait le plus souvent pour un brin d'herbe de couleur noirâtre ; pendant les premiers temps, elles deviennent d'un beau vert en grossissant ; elles sont alors marquées de chaque côté d'une bande orangée et leur dos est finement tacheté de points noirs formant six raies parallèles. Chez l'homme, elles s'attachent principalement au voisinage de l'isthme du gosier ; dans le pharynx, elles se fixent plus rarement au voile du palais, on les rencontre aussi dans le nez. Lalouette, pharmacien, ayant bu de l'eau de puits pendant la retraite de l'armée de Cadix à Sarragosse, fut pris une demi-heure après d'un saignement de nez continu. Il fit des lavages avec de l'eau glacée et vinaigrée et fut soigné. L'hémorragie persistait malgré ces différents traitements et il maigrissait à vue d'œil, lorsqu'il eut l'idée de tamponner la narine gauche d'où le sang s'écoulait en plus grande abondance avec une boulette de charpie trempée dans de l'eau de Rabel. Le lendemain, en se mouchant, il fit sortir en partie une sangsue qui tomba après que l'on eût introduit quelques grains de sel dans la narine ; elle y était restée trois semaines. (*Mém. méd. et chir.*).

« C'est probablement en suivant les fosses nasales que quelques-unes de ces annélides viennent se fixer à la face postérieure du voile du palais ; elles peuvent du reste s'attacher primitivement au pharynx, puis remonter et atteindre le voile du palais. Mais, en général, elles s'observent au-dessous de l'isthme guttural. Il y en a qui prennent attache sur les bords du larynx. J'ai donné des

soins à une malade qui en avait une placée derrière les replis aryténo-épiglottiques. On a aussi des exemples de sangsues qui se sont introduites dans le larynx. Lacretelle en cite un cas. Servoisier m'a raconté que Scrive avait fait à Alger, il y a quelques années, la laryngotomie pour extraire une sangsue fixée dans le larynx d'un malade qui était menacé d'asphyxie.

« On ne les voit presque jamais au delà de la partie inférieure du pharynx. Il est possible, à la rigueur, qu'elles aillent jusque dans l'œsophage, mais cela doit être fort rare. Lorsqu'une sangsue est avalée, elle est rapidement entraînée dans le pharynx, là le conduit se rétrécit et, pour passer outre, il faudrait qu'elle s'abandonnât sans résistance à la contraction musculaire ; mais par instinct elle cherche à s'arrêter, et dès qu'elle trouve un point d'appui, elle s'y attache. On a parlé de sangsues qui auraient pénétré dans l'estomac, et qui, après y être restées plusieurs jours auraient été rejetées vivantes par les vomissements. Vaudesbach, chirurgien-major, a relaté dans les *Mémoires de médecine et de pharmacie militaires*, t. XXVIII, une observation d'hématémèse qu'il attribue à une sangsue. Mais il est difficile d'admettre que cette annélide ait pu vivre dans cette cavité et résister à l'action du suc gastrique et de la digestion. Il est plus raisonnable de penser que la sangsue était fixée à la partie inférieure de l'œsophage et que son voisinage du cardia a provoqué les vomissements. Il n'en est pas moins étrange qu'elle soit restée aussi longtemps dans un conduit étroit et sans aération. Est-elle réellement remontée jusque dans le pharynx, puis est-elle redescendue ? Le doute est ici encore permis. On ne doit pas trop s'en rapporter aux malades ; leur imagination est souvent inventive.

« Lorsque ces sangsues ont pris domicile dans la gorge ou dans le nez, et qu'elles y demeurent attachées quelque temps, elles acquièrent un rapide développement, si j'en juge du moins par celles que j'ai extraites. Plusieurs qui n'avaient séjourné que quinze à vingt jours dans le pharynx, de filiformes étaient arrivés au volume d'une sangsue moyenne, et dernièrement j'en ai enlevé une dont la grosseur surpassait celle de l'indicateur d'un adulte ; elle était depuis deux mois appliquée derrière le larynx d'un artilleur qui l'avait avalée en buvant dans un ravin près d'Oran.

« Une fois fixée sur un point, elles cheminent peu. Cependant Girard prétend que, le plus souvent, elles remontent vers l'isthme du gosier au bout de quelques jours. Il est possible, en effet, lorsqu'elles sont profondément situées, qu'en grossissant elles éprouvent de la gêne et qu'elles cherchent plus d'espace. Il y a des cas où elles sont entrées dans le pharynx. Toujours est-il qu'elles peuvent séjourner un temps très prolongé dans la gorge ou dans le nez. Elles n'exercent certainement pas une succion continue, et il est très probable qu'elles font plusieurs morsures.

« Les personnes qui ont des sangsues dans l'arrière-gorge ou dans la partie inférieure du pharynx sont averties de leur présence par l'expectoration de crachats sanguinolents. Ce signe est constant et quelquefois le seul, mais il est suffisant pour poser le diagnostic. Le sang est expectoré en petite quantité ; tantôt il est d'un rouge vif, tantôt plus foncé. Lorsqu'on examine l'arrière-gorge, on peut apercevoir la sangsue ou une de ses extrémités ; mais fréquemment elle échappe aux regards. En déprimant la base de la langue, on arrive quelquefois à la découvrir ou l'on parvient à la toucher avec le doigt

engagé jusque dans le pharynx. En même temps, on voit sur la paroi postérieure de cette cavité une couche légère de sang qui augmente et est refoulée vers l'isthme à chaque contraction musculaire. La plupart des malades éprouvent une certaine gêne à l'intérieur de la gorge et un besoin incessant d'avaler ; mais, en général ; au début, la sangsue est petite et on la sent peu ; à mesure qu'elle prend du développement, elle devient plus gênante ; sa queue en s'allongeant va quelquefois titiller la base de la langue ou les bords de la glotte, et provoque de la toux, des nausées, des vomissements, des mouvements de déglutition répétés et involontaires.

« Si elle est fixée près de l'ouverture du larynx, elle peut troubler la respiration ou même amener l'asphyxie, soit en s'engageant entre les cordes vocales, soit en déterminant le gonflement ou l'œdème des replis aryténo-épiglottiques.

« Une sangsue placée dans les fosses nasales donne lieu à une épistaxis continue, mais peu abondante et parfois a la sensation du corps étranger qui obstrue un des côtés du nez.

« Ces différents symptômes se modifient si l'annélide change de place. On a vu des personnes, qui n'accusaient aucune souffrance, être prises tout à coup de suffocation et menacées d'asphyxie par suite du passage de la sangsue dans le larynx.

« Ces crachements de sang, même en l'absence de tout autre accident, effrayent les personnes atteintes, à moins qu'elles ne connaissent la cause de l'hémorragie. Légères et sans gravité au début, ces pertes de sang, en continuant, finissent par amener l'anémie et un affaiblissement plus ou moins grand; le marasme peut en être la suite,

si, comme je l'ai vu, l'hémorragie se prolonge plusieurs mois.

« Lorsque les sangsues s'engagent dans le larynx, elles produisent la suffocation, et l'asphyxie ne tarde pas à arriver.

« Le diagnostic est presque toujours facile; cependant, si on n'est pas prévenu de la possibilité de cet accident, on peut faire erreur et croire à une hémoptysie causée, soit par une lésion des poumons ou du larynx, soit par une ulcération de l'œsophage ou du pharynx. Néanmoins, l'absence des autres signes propres à ces affections, et surtout des troubles fonctionnels, permettra difficilement de s'égarer. Il suffit le plus souvent d'examiner l'arrière-gorge pour que l'erreur ne soit pas durable. Si on ne voit pas la sangsue ou si on ne la sent pas avec le doigt, on aperçoit du moins le sang rouge vif qui tapisse les parois du pharynx et qui est refoulé vers l'isthme du gosier. Cependant, si elle était dans l'œsophage, le diagnostic ne serait pas aussi simple, mais d'autant plus difficile que le sang, s'écoulant dans l'estomac ou étant avalé, le malade n'aurait guère que la sensation d'un corps étranger pour lui révéler la présence de cet hôte parasite. Toutefois, ainsi que je l'ai déjà dit, je ne suppose pas qu'elle pût demeurer longtemps dans l'œsophage. Il est rare que les sangsues se détachent d'elles-mêmes; on est forcé de les extraire ou de forcer leur chute. »

Si la sangsue est attachée au voile ou au niveau de l'isthme du gosier, Baizeau recommande de la détacher à l'aide de pinces qui seront courbes si l'annélide est plus profondément fixée. On peut au besoin se guider avec le doigt. Si l'extraction est ainsi impossible, on fait avaler au malade, par petites gorgées, de l'eau vinaigrée

ou salée ou des gargarismes de même nature. Il est mieux d'insuffler du sel sur les parois pharyngées. Les Arabes se serviraient, dit-il, parfois avec avantage, des insufflations de poudre de tabac. Les vomitifs rendraient dans certains cas quelques services par les contractions musculaires qu'ils déterminent. Au niveau de l'orifice supérieur du larynx, le parasite est parfois chassé par des inspirations chloroformées ou soufrées. Enfin, si l'animal est fixé à la partie supérieure de l'organe, on recourra aux injections salines ou vinaigrées faites dans le nez; les insufflations de sels seront également efficaces [1].

II. — *Acéphalocystes.* — On n'en connaissait que deux exemples à la période que nous étudions : celui de Dupuytren (Vidal de Cassis) et celui de Robert mentionné par Davaine dans son *Traité des Entozaires.*

1° *Cas de Dupuytren rapporté par Vidal de Cassis.* — « J'ai observé, à l'Hôtel-Dieu de Paris, un cas d'acéphalocystes d'une tonsille chez une femme blonde, lymphatique, qui avait habité des lieux bas humides. On croyait à une hypertrophie ; la glande qui en était le siège était très développée. Dupuytren, voulant en faire l'excision, s'aperçut que, dans le segment de glande enlevé, était une moitié de kyste, et, dès que la glande fut attaquée, il s'écoula dans la bouche un liquide abondant. Dupuytren, éclairé alors sur la nature de l'affection, enleva l'autre

1. Outre le travail de Baizeau, signalons encore le cas de Desjardin, médecin-major à Oran, qui, en 1863, observa un cas d'hémorragie pharyngée assez grave causée par l'hémopis dont la chute fut déterminée au bout de plusieurs jours par les moyens ordinaires et l'inhalation de la fumée de tabac. En 1875, Danlos présenta, en décembre, à la Société d'anatomie, une sangsue qu'on avait pu extraire du pharynx à l'aide de la pince. Elle avait déterminé des pertes de sang assez fortes et répétées. Le malade était venu d'Algérie depuis quelques jours. A ce propos, Coyne déclara avoir vu un fait semblable chez un jeune enfant.

moitié de kyste, ce qui fut facile, car il n'était pas très adhérent. Le malade eut un érysipèle de la face, puis une douleur dans les reins ; Dupuytren diagnostiqua alors un kyste de la même nature dans un rein. Le malade mourut, et l'autopsie cadavérique confirma ce diagnostic qui passe pour un des plus extraordinaires. »

2° *Cas de Robert* (*Hydatides de la gorge*, Obs. CCX). — « Un homme éprouvait une grande gêne dans la déglutition, l'articulation des sons et même la respiration, causée par une tumeur développée dans l'amygdale gauche. Cette tumeur n'avait acquis que peu à peu le volume qu'elle présentait au moment de l'observation. On crut à l'existence d'un abcès chronique ; une large incision est pratiquée ; aussitôt, avec un flot de liquide transparent, s'échappe une membrane blanche, élastique, arrondie en poche, qui présentait tous les caractères d'une acéphalocyste solitaire. Cet individu succomba bientôt aux suites de cette opération. La mort fut occasionnée par une gastro-entérite.

A l'ouverture on trouva une vaste poche creusée au niveau de l'amygdale qui avait disparu ; il existait dans l'abdomen une tumeur absolument semblable.

3° *Trichocephales*. — D'autre part, le *Microscopic Journal* (London, 1842, p. 94) rapporte le fait suivant : « A l'autopsie de James Flack, du 75e régiment, mort à l'hôpital militaire du fort Pitt-Chatam, on trouva dans l'intérieur de l'amygdale gauche, en incisant celle-ci, un entozoaire de cette nature (tricocephalus affinis). La tonsille était très augmentée de volume et dans un état putrilagineux. Cette espèce de vers décrite par Rudolphi n'aurait pas encore, suivant cet observateur, été rencontrée chez l'homme. Soumis à l'examen microscopique,

on reconnut que ce trichocéphale était une femelle[1]. Il est conservé au Musée du fort Pitt.

III. *Oïdium albicans.* — L'histoire de ce champignon se confond avec celle du muguet, dont nous avons déjà décrit l'histoire si intéressante au point de vue clinique et si importante pour la pathogénie générale, car l'oïdium albicans a été comme le messager, l'éclaireur de ces schyzomycètes ou mieux de ces algues microscopiques unicellulaires, dont le domaine va sans cesse croissant depuis Pasteur.

IV. *Bacillus fasciatus.* — En 1873, B. Fränkel communique le premier cas de *mycose* proprement dite de l'amygdale palatine, à la Société de médecine de Berlin. Il s'agissait d'un mycélium blanchâtre, dont les tubes s'enfonçaient dans les lacunes de l'amygdale palatine et avaient peu à peu envahi également les orifices glandulaires des régions voisines, notamment de la base de la langue ; mais, bien que l'aspect clinique fût assez caractéristique, il est regrettable qu'on n'ait pas essayé de caractériser nettement alors au point de vue botanique le champignon ainsi découvert[2].

1. Davaine fait remarquer que les femelles du trichocephalus dropar et de l'affinis, contrairement à ce qui a lieu pour les sujets du sexe masculin, sont très semblables ; une méprise a donc pu se produire.

2. Cependant la description de l'auteur allemand ne laisse guère de doutes sur la nature probable du champignon.

VII. — MALFORMATIONS DU PHARYNX

Les malformations du pharynx ne furent, pendant la période[1] que nous étudions, l'objet d'aucune monographie tant soit peu détaillée et c'est dans les périodiques principalement qu'il faut aller chercher les quelques observations qui s'y rapportent. Suivant l'usage actuellement adopté, nous répartirons celles-ci en trois groupes : malformations du pharynx proprement dit, malformations de l'amygdale, malformations du voile.

a) Malformations du pharynx

A. Les pharyngocèles acquises de l'organe, sous l'influence d'un rétrécissement de l'œsophage, furent signalées à diverses reprises ; mais ces faits rentrent à peine dans notre sujet, tant la modification est ici manifestement secondaire. La dilatation n'est pas, dit Valleix, « une maladie isolée, et le rétrécissement de l'œsophage dont elle paraît la conséquence doit bien plutôt fixer l'attention du médecin. C'est du reste ce rétrécissement qui donne lieu à presque tous les symptômes observés, tels que la diffi-

1. Si l'on avait déjà signalé sur des monstres non viables des absences du pharynx ou des terminaisons de cet organe en culs-de-sac antérieurement au XIXe siècle, les malformations compatibles avec l'existence sont de connaissance toute récente et contemporains de l'embryologie vraiment scientifique.

culté du passage des aliments et des boissons, la sensation pénible ressentie le long de la cavité thoracique, les troubles de la digestion. La chute des liquides, comme dans un conduit inerte, et le bruit particulier qui en résulte, phénomènes dus à la trop grande largeur du pharynx qui ne peut plus se contracter suffisamment, sont peut-être les seuls signes qui appartiennent en propre à la dilatation ». Sauf cette interprétation fautive du borborygme des liquides au moment du passage dans la partie la plus étroite de l'œsophage, ce caractère accessoire de l'élargissement de la cavité pharyngée est, comme on le voit, parfaitement mis en relief. Parfois, il se forme une poche herniaire comme le démontre l'observation citée par Bérard (*Dictionnaire de médecine en trente volumes*) et qui est empruntée au Traité *d'anatomie pathologique* de Rokitanski. « Un homme portait, depuis l'âge de dix-sept ans, une tumeur sur le côté droit du cou, à trois travers de doigt au-dessous de l'angle de la mâchoire. Cette tumeur n'était nullement douloureuse, mais acquérait parfois le volume d'un œuf de pigeon. A vingt ans, elle s'étendait un peu sur la partie antérieure du cou. Les symptômes étaient : difficulté d'avaler et sensation continuelle d'un corps étranger fixé à la partie supérieure de l'œsophage ; le décubitus dorsal et le vomissemennt de quelques aliments soulageaient le malade ; une fois, entre autres, ressentant une grande gêne depuis trois jours, il en fut tout débarrassé par le vomissement de quelques aliments non encore digérés, et qu'il avait pris peu de jours auparavant. Vers l'âge de quarante-trois ans, les accidents augmentèrent ; quelques boissons ne purent même être prises sans occasionner de vives douleurs ; les vomissements revinrent fréquemment, et l'émaciation ne tarda pas à se

montrer. Cet homme étant entré à l'hôpital pour une pneumonie; on reconnut, au côté droit du cou, une tumeur ferme et élastique, du volume du poing d'un adulte, dirigée de la région du larynx, obliquemeut en dedans et en bas, jusqu'à l'articulation sterno-claviculaire, et passant au delà dans la poitrine. Dans cette tumeur était compris le lobe droit du corps thyroïde induré. Au côté gauche du cou, on voyait se former, chaque fois que buvait le malade, une saillie du volume d'un œuf de pigeon, et qui disparaissait lorsque le malade vomissait ce qu'il venait de boire; le décubitus dorsal ou la pression avec la main sur la tumeur déterminaient le vomissement; durant quatorze jours, toute alimentation fut impossible : on ne put introduire une sonde œsophagienne; des bains et des lavements nourrissants prolongèrent un peu la vie qui cessa le quinzième jour. Cet homme avait alors soixante-six ans ; le lobe gauche du corps thyroïde était peu volumineux, le droit renfermait un kyste cartilagineux qui descendait jusque dans la poitrine. Au niveau du muscle constricteur inférieur du pharynx, la muqueuse se prolongeait, à travers les fibres inférieures et horizontales de ce muscle, dans une poche formant un diverticulum long de plus de trois pouces, et aussi large que le pharynx; le pharynx s'ouvrait dans cette poche et non dans l'œsophage ; un doigt ou une sonde, introduits par la bouche, tombaient toujours dans cette poche; celle-ci offrait à l'extérieur quelques fibres musculaires pâles; en dedans elle était tapissée par un infundibulum de la muqueuse très lisse, et présentant des dépôts de lymphe plastique dans son épaisseur; immédiatement au-dessous de cette dilatation, l'œsophage était fort rétréci et comme atrophié dans tout le reste de son étendue. »

Berard ajoute : « On peut rapprocher de ce fait un autre du même auteur et dans lequel il y avait une énorme dilatation de tout l'œsophage, depuis la partie inférieure du *pharynx* jusqu'au *cardia*. Ici les tuniques de la poche étaient hypertrophiées, surtout la membrane musculaire. Le malade, jeune homme de vingt-six ans, souffrait depuis neuf ans ; il avait des nausées, des hoquets, des lipothymies, de la constipation ; il mourut avec une diarrhée et des vomissements opiniâtres. Le même cahier des archives contient un autre exemple de dilatation de l'œsophage observé par Della Chiaja, de Naples.

« La première observation de Rokitansky me dispense de presque tout commentaire sur cette maladie singulière. On voit que la tumeur existait en même temps qu'un goître, ce qui devait jeter du doute dans un diagnostic déjà fort obscur par lui-même. Cependant la fréquence des vomissements, le gonflement de la tumeur après la préhension des boissons, son affaissement après le vomissement, la possibilité de faire vomir en la comprimant, devait éclairer sur la nature de l'affection ; on aurait probablement pu, par l'auscultation, percevoir des bruits dans la poche pendant que le malade avalait des liquides. Il y a lieu de croire que les aliments y séjournaient et la distendaient, puisqu'une fois le malade rejeta des aliments qu'il avait pris plusieurs jours auparavant. Il est fâcheux qu'on n'ait point pu placer une sonde dans l'œsophage, car, outre qu'on aurait put ainsi nourrir le malade plus longtemps, on serait peut-être parvenu, à la longue, et à l'aide d'une compression extérieure, à affaisser et à faire diminuer au moins le volume de la tumeur. Mais on conçoit, vu l'abouchement du pharynx dans la poche et non dans l'œsophage, vu le rétrécisse-

ment de celui-ci en haut, que ce cathétérisme était difficile ; on devrait le pratiquer dès les premiers temps de la maladie. Le marasme et la mort s'expliquent suffisamment par l'impossibilité de prendre des aliments [1]. »

Dans le *Bulletin de la Société anatomique* de 1847, p. 303, Dupuy a signalé un fait assez intéressant de rétrécissement portant également sur la partie inférieure du pharynx. Il s'agissait d'un homme de cinquante-huit ans, cultivateur, de bonne santé habituelle, qui entra à l'hôpital très amaigri. Il y a quinze ans, abcès au genou gauche et à la partie gauche du cou. Il y a dix-huit mois, trois chevaux lui passèrent sur le corps. A l'examen, on constatait un rétrécissement à la partie inférieure du pharynx. A l'extérieur, kyste, gros comme un œuf de pigeon, datant de plusieurs mois et siégeant à la partie supérieure droite du cou. Pas de syphilis. Après plusieurs tentatives Gerdy fait pénétrer une sonde d'argent très fine, qui permet d'en introduire une plus grosse à demeure et de nourrir le malade. Mais la fièvre survint bientôt ; douleur du côté droit, toux, insomnie, dévoiement, mort au bout d'un mois. A l'autopsie on trouva plusieurs abcès sur les parties latérales, mais ne communiquant pas avec l'organe qui ne présentait pas trace d'inflammation.

Dans le cas de Reeves, l'auteur a-t-il eu affaire a une simple dilatation du pharynx ou à un abcès développé dans les parois et ouvert à l'intérieur de cette cavité ? le cas est complexe, le diagnostic incertain.

« Un homme de cinquante-cinq ans souffrait de dysphagie depuis une dizaine d'années. Les premiers indices du mal avaient été une sensation qui le portait à faire des

1. A l'étranger, on trouve signalés quelques faits de cette nature (Voir Index).

efforts comme pour dégager un corps arrêté dans le pharynx. Au bout de trois ans, il commença à rendre tous les huit à dix jours une cuillerée à café de mucus jaune. Un jour, après avoir mangé des groseilles, la gêne devint plus pénible, s'accompagna d'efforts incessants et il ne put plus avaler aucun aliment solide. Néanmoins, il fut soulagé au bout de quelque temps en évacuant par la bouche quelques-une de ces groseilles. La difficulté d'avaler resta la même qu'avant l'accident.

« Les bougies tantôt passaient librement jusques dans l'estomac, d'autres fois ne pouvait y arriver. En examinant à l'extérieur, on sentait sous le sterno-mastoïdien une tumeur molle se tendant au-dessous du cartilage cricoïde, dans la direction de l'œsophage. Elle était plus saillante à droite qu'à gauche. En pressant en même temps sur les deux côtés de cette tumeur, on faisait évacuer par la bouche environ trois cuillerées à café d'une matière pultacée ; immédiatement après, la déglutition devenait plus difficile. La voix était rauque et il y avait de la toux. » (Rapporté par la *Gazette hebdomadaire* de 1855). »

Les *pharyngocèles congénitales* semblent avoir été entrevues de temps à autre. Les cas signalés par Edmond Hallam, de Walmouth, semblent du moins nettement s'y rapporter (*C. R. de la London méd. soc.*, janvier 1828). Les deux nouveau-nés auxquels l'auteur fait allusion ne pouvaient déglutir le lait de leurs nourrices malgré tous leurs efforts. Le liquide finissait toujours par refluer à travers les narines. Grâce à des lavements alimentaires au bouillon de mouton, la vie d'un de ces enfants put être prolongée jusqu'au quinzième jour, tandis que l'autre succomba au cinquième jour. Le pharynx était rétréci à sa partie inférieure et présentait latéralement un diver-

ticule assez volumineux. A ce sujet, Cellaway rappela qu'il avait communiqué un fait semblable observé avec le docteur Haughton.

Complètes ou borgnes internes, les *fistules branchiales* du cou ont avec la cavité pharyngée des rapports qui expliquent la production de certains symptômes. Leur allure clinique peut devenir ainsi toute autre que dans les fistules borgnes externes (régurgitation, compression par une poche pleine d'aliments) et mérite alors de fixer l'attention du clinicien. Découvertes par Dzondi en 1821, décrites par lui en 1829 dans un célèbre mémoire (*De fistulis tracheæ congenitis*, Hallœ), où il signale leur trajet oblique, leur étroitesse, leur orifice externe situé en général très bas, près de la fourchette sternale, mais où il soutient à tort leur abouchement exclusif dans la trachée, elles ne furent pendant longtemps étudiées qu'en Allemagne. Trois ans après Dzondi, Ascherson, dans un travail remarquable (*De fistulis colli congenitis*, Berlin, 1832), s'efforça de démontrer qu'une partie au moins de ces trajets fistuleux débouchaient dans le pharynx[1] ; il les divisa donc en fistules pharyngées et fistules trachéales, classification qui est demeurée pendant longtemps[2] et il leur imposa en conséquence le terme plus compréhensif de fistules congénitales du cou. Il y voyait le résultat d'un trouble primitif de la segmentation du cou (vertèbres primitives) et, chose remarquable, il signale l'existence des troubles auditifs[3] chez un certain nombre de malades (3ᵉ et 5ᵉ cas).

1. Rieeke, Luschka, Jenny ont publié des cas de fistules branchiales, où l'orifice interne était dans la trachée. Verneuil croit avoir retrouvé dans trois cas un épithélium cylindrique ; néanmoins l'hypothèse de Dzondi est à l'heure actuelle complètement abandonnée.

2. De la première fente branchiale dérivent l'oreille externe et la chaîne des osselets. Virchow est revenu sur ce point.

3. Dans beaucoup de cas, les sujets étaient du sexe féminin, aussi crut-on un moment que les femmes en étaient principalement atteintes.

Dans le cas de NEUHOFER (*Ueber die angeborene Halsfistel*, Münich, 1847), nous relevons les détails suivants : Sexe masculin. Orifice externe droit situé à un pouce et demi au-dessus du bord supérieur du sternum, près du bord interne du sterno-mastoïdien. Orifice externe gauche très petit et diamétralement opposé. Orifice interne droit dans le pharynx[1]. Orifice interne gauche introuvable. A peu près même constatation dans le cas de HEINE (*Dissertatio de fistula colli congenita*, Hambourg, 1840), puisque les fistules étaient ici aussi bilatérales et que l'orifice interne gauche ne put être retrouvé. Dans le cas de HYRLT, il s'agissait d'une fistule gauche (*Œsterriche med. Woch.*, vol. I) ; l'orifice externe venait déboucher au-dessus de la fourchette sternale, en dedans du tendon du sterno-mastoïdien. Un cathéter permit de reconnaître que le trajet fistuleux aboutissait à la cavité pharyngée. L'existence bilatérale de la malformation et l'abouchement dans le pharynx sont les principales caractéristiques des deux cas de MÜNCHEMEYER (*De fistula colli congenita, Hannover Annalen neue Folge*, vol. IV). Notons encore qu'il s'agissait de sujets du sexe masculin. Dans le cas de BŒRENS (*Mitheilungen aus dem Arch. der gesammt. pract. Aertze* zu Riga I), l'orifice externe était situé à gauche, à un quart de pouce au-dessus de la fourchette sternale, en dedans du tendon du muscle sterno-mastoïdien. Il était petit et placé au milieu d'une sorte de papille. L'orifice interne était dans le pharynx. Dans le cas de DUNCAN, qui fut longtemps la seule observation anglaise de cette nature (*Case of branchial fistula, Edinburgh med. J.*, I, p. 426), le sujet était du sexe mas-

1. Dans un troisième cas le fait fut démontré sur le vivant par des injections de liquide coloré.

culin ; le trajet fistuleux se trouvait à droite. L'orifice externe existait au-dessus de la fourchette sternale, en dedans du sterno-mastoïdien ; il était très petit ; l'orifice interne se trouvait dans le pharynx. Nous ne parlerons pas du cas de NUTTEN, parce qu'on ne put découvrir où débouchait en haut le trajet fistuleux, bien que ses rapports fissent penser avec raison qu'il aboutissait probablement au pharynx. Il en sera de même pour le cas de PLUSKAL. Dans le cas de MEINEL, incertitude du même genre ; cependant les parents soutenaient qu'autrefois des aliments sortaient par l'orifice externe. Celui-ci, assez large, existait à droite, au-dessus de la fourchette sternale. Les cas de KERNSTEIN (*Comment. de fistulis colli congenitis*, Magdebourg, 1835), intéressants à d'autres points de vue, ne peuvent être utilisés pour notre sujet, le débouché pharyngé n'ayant pu être constaté. Il n'en est pas de même du cas de MAYER (*Jahrbuch der Kinderheilkunde*, 1861, IV, p. 209), du moins pour l'orifice interne du côté droit ; car la malformation était bilatérale ; il existait, pendant la déglutition, de la dyspnée, à cause de la compression des voies respiratoires par un diverticule pharyngé rempli d'aliments. Dans les deux cas de BEDNARD (*Die Krankheiten der Neugeboren*), on ne put savoir où finissait le trajet fistuleux. Dans les deux cas de LEUCKART (communication à Heusinger), le trajet existait à gauche et aboutissait au pharynx.

Lorsque HEUSINGER fit paraître, dans les *Virchows Arch.* de 1864, une monographie qui fixait la question, il se trouvait donc déjà en face de matériaux assez importants d'où résultaient les points suivants : siège très bas de l'orifice externe au-dessus de la fourchette sternale, en dedans du sterno-mastoïdien, unilatéralité ou parfois bila-

téralité de la malformation, trajet étroit, oblique, sinueux, abouchement bien net dans quelques cas dans le pharynx. Le mérite de cet auteur est d'avoir précisé l'origine de cette malformation, d'en avoir fait une persistance d'un état embryologique très primitif, d'avoir insisté sur la dureté du trajet fistuleux, qui présentait dans un de ses cas une production osseuse très intéressante, assimilée par quelques-uns à une côte cervicale, sur les adhérences des parois avec les parties voisines, ce qui en rend la dissection assez délicate. Il admit, probablement à cause du cas de Mayer, où les phénomènes de dysphagie et de dyspepsie produits par la réplétion de la partie supérieure de la fistule aboutissaient à des troubles graves, que certains diverticules de la cavité pharyngée n'étaient que des fistules branchiales borgnes internes, au lieu de provenir, comme on l'avait supposé, d'une simple hernie de la muqueuse pharyngée à travers la tunique musculaire. Cet auteur a insisté sur l'importance des perturbations auditives; leur présence se comprend quand on se rappelle que la première fente, dont l'arrêt de développement produit en général la fistule branchiale, donne l'oreille externe et la chaîne des osselets. Notons enfin qu'il a annexé à son excellent travail un tableau où il résume toutes les observations de ses prédécesseurs et qui est de la plus grande utilité pour tracer l'historique de la question.

Les malformations concomitantes auriculaires, signalées d'abord par Ascherson qui avait reconnu une demi-surdité chez plusieurs de ses malades, décrites plus complètement par Heusinger, firent l'objet d'un article spécial de la part de Virchow, qui avait eu l'occasion d'étudier un cas très intéressant.

Il s'agit d'un enfant mort-né, présentant, entre autres vices de conformations, notamment du côté droit du cou, une fistule branchiale complète communiquant avec l'oreille externe du côté droit qui, elle-même, était mal conformée. Longueur de l'enfant 42 centimètres, poids 2,577 grammes. Cou très court, poitrine élargie, peau du cou flasque formant un pli saillant dirigé de l'épaule droite à l'oreille. Entre la mâchoire inférieure et l'apophyse mastoïde, on voyait une fente dirigée de haut en bas, d'arrière en avant, longue de 7 millimètres et entourée d'un rebord cartilagineux. Oreille gauche ne présente rien de spécial. Cartilage du pseudo-tragus du côté droit se continuant avec le feuillet cartilagineux qui entoure le conduit auditif externe. Apophyse zygomatique et articulation de la mâchoire bien conformées ; anneau tympanique et caisse du tympan n'existant pas. L'apophyse styloïde, complètement ossifiée, présentait une surface dure et inégale. Celle du côté opposé se montrait sous la forme d'un mince fil cartilagineux. La trompe d'Eustache ne se trouvait pas à sa place normale : elle était remplacée à cet endroit, par une poche assez large et profonde. L'os hyoïde, ossifié à sa partie médiane, paraissait cartilagineux dans le reste de son étendue. Diaphragme remontant jusqu'à la cinquième côte ; thymus très développé du côté droit et comprenant la plèvre.

Peu après, Serres, d'Alais, faisait connaître, en France, le premier cas de fistule branchiale, à la société de chirurgie (séance du 17 juin 1866).

« La rareté, dit-il, de ces fistules pharyngiennes m'engage à porter à votre connaissance trois cas de fistules congénitales, observés dans ma pratique.

« Le premier sujet offert à mon examen était une jeune fille d'une dizaine d'années. Elle avait sur les parties latérales du cou, au-dessous de l'angle de la mâchoire, sur le bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien, à droite et à gauche, une très petite ouverture, fistuleuse depuis sa naissance, ayant la dimension de points lacrymaux, avec un léger enfoncement infundibuliforme.

« Par cette ouverture sortait un liquide filant, clair comme de la salive.

« Un petit stylet pénétrait facilement dans ces deux fistules, mais n'arrivait jamais dans le pharynx ; mais une injection colorée pénétrait dans l'arrière-gorge, au dessous des amygdales.

« Deux autres sujets, atteints de la même maladie mais beaucoup plus jeunes, ont paru à ma consultation et n'y sont pas revenus. »

Il nous faut signaler maintenant l'article un peu court mais intéressant, que Fischer consacra, en 1871, au sujet, dans la *Chirurgie* de Pitha et Billroth (III, première partie, p. 35). Il se rallie franchement à la théorie branchiale. Il ne croit pas que la malformation soit si rare qu'on l'a supposé tout d'abord. Il insiste sur le siège très bas de l'orifice externe. Celui-ci serait rond et situé au niveau de la peau ou au milieu d'une sorte de papille ; parfois, on le voit muni d'une sorte de couvercle faisant soupape ; parfois, au lieu d'un trou unique, on aurait une cicatrice percée de plusieurs trous (Ascherson). L'étroitesse du tissu fistuleux paraîtrait moindre en général que celle de l'orifice externe, souvent sinueux, à parois résistantes, dures, élastiques. L'orifice interne aboutirait au pharynx quand il est constatable. L'auteur signale l'ossification partielle mentionnée par Heusinger. La

symptomatologie se montrerait très effacée. La sensibilité du trajet est variable, parfois notable, de telle sorte que le cathétérisme de celui-ci amènerait chez certains sujets des quintes de toux violentes et des douleurs fort vives. On noterait le plus souvent un écoulement aqueux plus ou moins abondant et analogue à la salive. Cette sécrétion pourrait être augmentée par l'ingestion de liqueurs alcooliques, d'aliments trop chauds ou irritants, par la constriction. Lorsque la fistule est borgne interne et très large, des phénomènes de régurgitation pourraient se produire. Mayer aurait même observé de la dysphagie, de la dyspnée par accumulation des aliments dans une sorte de cavité diverticulaire placée sur un des côtés du pharynx. Revenant sur les troubles auditifs déjà signalés par Ascherson, Fischer mentionne les intéressantes recherches sur ce point de Heusinger et de Virchow. Ce dernier aurait observé des malformations multiples de l'oreille externe (petitesse du pavillon, atrésie du conduit, malformation de la trompe, etc). En outre du cathétérisme, de l'injection de liquides colorés ou non on devrait recommander pour le diagnostic l'emploi du laryngoscope.

En France, les fistules branchiales étaient restées inconnues ou du moins rapportées aux fistules salivaires comme dans une observation curieuse publiée en 1832 par la *Gazette de médecine de Paris*. Les faits signalés par Serres d'Allais, en 1866, malgré leur grand intérêt, n'avaient guère, en effet, attiré l'attention. SARGNON, professeur agrégé de la Faculté, secoua un peu l'indifférence du public médical, en faisant connaître à la Société de chirurgie une communication, sur laquelle Armand DESPRÈS fit un rapport, et où il ne s'agissait du reste que d'une fistule borgne externe. Un peu plus tard, en 1869, dans

un bon article sur la question, paru dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, cet auteur rappelle l'ignorance en quelque sorte générale du public français pour tout ce qui concernait les fistules branchiales. « Il n'en est fait mention, que je sache, dans aucun ouvrage français ; une seule observation en a été publiée dans la *Gazette médicale* de Paris ; elle est incomplète et a pour titre : *Fistule salivaire congénitale*, sa nature n'est même pas soupçonnée. » En France, outre sa communication et celle de Serres, il ne pouvait mentionner que la thèse de son élève Gass, un peu superficielle, et qui se borne, en outre de deux observations personnelles assez intéressantes et de quelques considérations embryologiques, à reproduire le tableau où Heusinger a résumé les observations de ses prédécesseurs. Cet auteur nie résolument les fistules trachéales, admet l'origine constamment congénitale de ces malformations et se borne en beaucoup de points à traduire Heusinger qui est son guide habituel. Bien que les phénomènes de compression soient exceptionnels, la symptomatologie très effacée, il ne faudrait pas oublier que beaucoup de personnes qui en sont atteintes étaient des scrofuleux ou même des tuberculeux. Quant aux fistules borgnes internes, sans en rejeter absolument l'existence, il y verrait volontiers de simples hernies de la muqueuse pharyngienne. Le côté opératoire de la question constitue la partie la plus originale. Desprès résume en quelques lignes la conduite qu'il crut devoir tenir chez le sujet qu'il opéra avec succès.

Comme on le voit, la question commençait à être sérieusement posée ; mais c'est le professeur Duplay qui, avec son talent de vulgarisation habituel, fit véritablement connaître, en France, ces sortes de malformations. Il en

traça un tableau clinique excellent où se retrouvent nombre de remarques originales ; et, depuis cet auteur, les fistules branchiales ont été mentionnées par tous les traités français de chirurgie, postérieurs à 1875.

« Les fistules pharyngiennes, ou fistules branchiales proprement dites, paraissent être très rares, surtout en France et en Angleterre ; mais cette rareté tient peut-être à ce qu'elles sont peu connues dans ces deux pays. Il est en effet assez surprenant que sur le total de soixante-sept cas publiés, on en compte cinquante-huit en Allemagne, où, précisément, l'attention a d'abord été attirée sur ce sujet et où la nature du mal a été exactement déterminée, tandis que nous n'en connaissions que six exemples en France et trois en Angleterre.

« Nous ignorons absolument la cause de l'arrêt de développement qui produit les fistules branchiales ; on doit seulement signaler ici, comme dans tous les vices de conformation, une influence héréditaire constatée dans un certain nombre de cas. Ainsi plusieurs membres d'une même famille sont atteints de fistules branchiales ; dans une autre famille, on observe huit fois la maladie durant trois générations ; enfin, dans une observation, les parents ont été exempts d'une pareille affection, mais cinq enfants sur huit en ont été porteurs.

« Les fistules branchialespeuvent exister des deux côtés à la fois ; le plus souvent elles sont unilatérales et occupent de préférence le côté droit. On en admet trois variétés comprenant :

« 1° *Les fistules complètes* pourvues d'un orifice interne et d'un orifice externe ; 2° *les fistules borgnes externes*, ayant seulement une ouverture externe, sans communication avec l'intérieur ; 3° enfin, *les fistules borgnes internes*, c'est-à-dire dépourvues d'orifice cutané.

« L'orifice externe, toujours placé sur les parties latérales du cou, siège à une hauteur variable. Dans l'immense majorité des cas, on le trouve à quelques millimètres au-dessus de l'articulation sterno-claniculaire, sur le bord interne ou externe de la portion sternale du muscle sterno-cléido-mastoïdien; quelquefois plus haut, au niveau du cartilage cricoïde, un peu au-dessous de l'angle de la mâchoire. Dans un cas unique rapporté par Seidel, il existait, en même temps qu'une fistule latérale située au niveau du bord inférieur du cartilage thyroïde, une autre fistule, ouverte à la même hauteur et sur la ligne médiane.

« L'ouverture placée tantôt à fleur de peau, tantôt au sommet d'un petit tubercule rose, est généralement arrondie, quelquefois allongée sous forme d'une petite fente, et recouverte d'une sorte de valvule cutanée. Les dimensions de l'ouverture sont variables, parfois tellement petites, que celle-ci est à peine visible et qu'il est à peu près impossible d'y insinuer le plus fin stylet. Dans d'autres cas, on peut l'explorer avec la sonde ordinaire. Enfin, on a vu cette ouverture assez large pour admettre l'extrémité du petit doigt. Les bords de l'ouverture offrent l'aspect normal de la peau ou présentent une couleur rouge brune ; en les écartant, on découvre une surface d'apparence muqueuse.

« Lorsque la fistule est bi-latérale, les deux ouvertures sont situées de chaque côté, à la même hauteur, ou du moins, s'il existe quelque différence de niveau, celle-ci est tout au plus de quelques millimètres.

« L'orifice interne s'ouvre dans le pharynx. Son existence a été constatée plusieurs fois sur le vivant, soit au moyen de stylets ou de sondes flexibles, soit au moyen

d'injections. Neuhöfer a pu voir deux fois cet orifice sur le cadavre ; il siégeait sur la paroi latérale de la cavité pharyngienne, en arrière de la grande corne de l'os hyoïde, une fois en arrière et une fois en avant du muscle pharyngo-staphylin, près de l'amygdale. L'orifice, ordinairement tres étroit, s'ouvre au sommet d'une petite papille. Dans d'autres cas cependant, cet orifice présente des dimensions plus larges, et constitue une sorte de diverticule, où les aliments peuvent s'accumuler et déterminer une distension suivie d'accidents plus ou moins sérieux. Ce fait a été observé par Mayer (*Handbuch der Kinderheilkunde*, vol. IV, p. 209) chez un enfant de six ans atteint d'une fistule branchiale complète.

« Le trajet fistuleux est généralement étroit, et décrit parfois des flexuosités ; il se porte à travers les interstices celluleux, le long de la trachée, en se dirigeant obliquement vers la grande corne de l'os hyoïde. Ce trajet est constitué par deux tuniques, dont l'une, externe, est élastique et de nature fibreuse, et l'autre, interne, analogue à une muqueuse. Cette dernière est d'une couleur rouge et douée d'une vive sensibilité. Le canal est uni aux tissus voisins, tantôt par un tissu cellulaire lâche, et qui permet de le détacher aisément, tantôt par un tissu dense et serré.

« Dans les fistules borgnes externes, le canal se termine en un cul-de-sac placé au voisinage de la grande corne de l'os hyoïde, et quelquefois dilaté en ampoule.

« Heusinger, le premier, a constaté la présence, à la partie postérieure du trajet fistuleux, d'une production osseuse qui s'élevait du bord supérieur du sternum, présentant à sa base un centimètre de large, et se terminant en haut par une extrémité émoussée. Ces pro-

ductions osseuses sont évidemment les vestiges d'un arc branchial dont l'évolution a été anormale. Dans quelques cas même, on trouve sur les parties latérales du cou, en l'absence de tout trajet fistuleux, des productions cartilagineuses ou ostéocartilagineuses qui sont les restes d'un arc branchial.

« Mais Heusinger a trouvé entre la peau et le muscle sterno-mastoïdien un petit corps cartilagineux, peut-être même en partie osseux, long de 8 millimètres environ, terminé en pointe mousse, et ne suivant pas les déplacements de la peau.

« J'ai eu l'occasion de voir un fait à peu près analogue chez un enfant de cinq ans, qui portait depuis sa naissance, de chaque côté du cou, à peu près à la partie moyenne du bord antérieur du sterno-mastoïdien, une sorte de petite apophyse dure, élastique, analogue à une grosse arête, terminée en pointe du côté de la peau, imperforée et se perdant au-dessous du sterno-mastoïdien. Le petit corps du côté droit était plus long que celui du côté gauche, et mesurait un peu plus de un centimètre. A la suite du frottement de la peau sur l'extrémité de cette sorte d'arête, il se faisait de temps à autre une légère excoriation qui devenait douloureuse. Sur la demande des parents, je pratiquai l'ablation de ces deux petits corps, qui étaient constitués par du fibro-cartilage. La guérison se fit rapidement et sans trace de fistule.

« Enfin, relativement aux fistules borgnes internes, leur existence n'est encore établie que sur trois faits rapportés par Heusinger, et dans lesquels il s'agit de diverticules doublés d'une muqueuse s'ouvrant à la partie inférieure et latérale du pharynx, vers la base de la

langue, remontant à une époque indéterminée et s'accompagnant de troubles de la déglutition.

« Il s'agissait peut-être d'une fistule branchiale borgne, interne, dans le cas suivant :

« Un soldat, âgé de vingt-deux ans, entré à l'hôpital Beaujon, le 8 octobre 1870, pour une plaie du sourcil sans gravité, me montre, au moment où il allait quitter mon service, une petite tumeur qu'il porte à la région antérieure du cou et qui présente les caractères suivants. Elle siège à droite de la ligne médiane, entre le bord du sterno-mastoïdien et la trachée, à l'union du quart inférieur avec les trois quarts supérieurs du cou. Son volume est à peu près celui d'une noisette ; elle fait corps avec la peau qui présente une coloration légèrement violacée. Molle et franchement fluctuante à son centre, elle est résistante à sa périphérie et manifestement formée par des parois dures et épaisses. La poche ne paraît pas très remplie, et, par une pression soutenue, elle semble s'affaisser légèrement. La palpation, la pression ne déterminent aucune douleur. De la partie supérieure de cette petite tumeur part un cordon arrondi, dur, de la grosseur d'une plume de corbeau, qui s'étend en haut et en arrière, en remontant sur les côtés de la trachée et du cartilage thyroïde et en s'enfonçant de plus en plus profondément à mesure qu'il s'élève, pour se terminer enfin à l'extrémité postérieure de la grande corne droite de l'os hyoïde avec lequel il semble adhérer. Malgré la dureté de ce cordon, on peut s'assurer qu'il renferme dans son intérieur une petite quantité de liquide que l'on peut faire refluer dans la poche inférieure et *vice versa*.

« Il n'existe d'ailleurs aucun trouble fonctionnel, ni du côté du pharynx, ni du côté du larynx ou de la trachée.

Le malade prétend ne s'être aperçu que depuis quelques mois de la présence du cordon qui était un peu plus développé qu'aujourd'hui. Il affirme très nettement que la petite tumeur qui termine le cordon n'existe que depuis un mois.

« Malgré mes insistances pour le retenir à l'hôpital, le malade exigea sa sortie et je ne l'ai plus jamais revu.

« Quoique la communication avec le pharynx soit loin d'être démontrée dans le fait précédent, on peut du moins supposer qu'elle existait ou qu'elle avait existé à un moment donné. Dans l'hypothèse que cette communication a disparu, la tumeur allongée, décrite précédemment, devrait être considérée comme un *kyste branchial*, dû à l'occlusion de la troisième fente branchiale à ses deux extrémités avec persistance d'un trajet intermédiaire.

« Les fistules branchiales, complètes ou borgnes externes, se présentent avec les caractères objectifs que nous venons d'énumérer. A partir de l'orifice extérieur, on peut suivre à travers la peau un cordon dur et résistant qui se dirige vers l'os hyoïde. Quelquefois, dans l'acte de la déglutition, on voit l'orifice externe s'élever et prendre la forme d'un entonnoir en même temps que la peau se fronce au pourtour.

« Habituellement indolentes, ces fistules sont parfois le siège de légers picotements. Lorsqu'on introduit une sonde dans le trajet, quelques malades accusent une douleur vive, puis ils sont pris d'*accès de toux*, avec sensation de picotement dans le pharynx. Ce phénomène n'indique nullement, comme on l'a cru, l'existence d'une communication avec les voies aériennes; car on l'observe même dans des cas de fistules borgnes externes. Dans

certains cas, les malades étaient enroués ou ne pouvaient parler à haute voix tant que la sonde restait en place ; puis, dès que celle-ci était retirée, ils reprenaient leur voix normale ; enfin d'autres fois, l'introduction d'une sonde, loin d'être douloureuse, procure une sensation agréable, comme chez un malade observé par Georges Fischer.

« La fistule donne issue, d'une manière intermittente, à un *liquide* généralement clair, limpide, filant et sans odeur, parfois purulent et jaunâtre. La quantité de liquide fourni par la fistule est variable ; tantôt il s'écoule à peine quelques gouttes en un ou plusieurs jours, tantôt l'écoulement est assez abondant pour que l'ouverture fistuleuse et les parties avoisinantes soient constamment humectées.

« L'écoulement augmente sous l'influence de la déglutition des boissons chaudes, des impressions morales, de l'action du froid extérieur. On a signalé, à l'époque de la menstruation, certains changements dans les caractères des fistules branchiales qui deviennent rouges, sensibles, et sécrètent avec une extrême abondance.

« Notons chez un certain nombre de sujets atteints de fistules branchiales, *l'enrouement*, la tendance aux catarrhes, les accès d'asthme.

« Enfin il importe de mentionner la coexistence fréquente, avec les fistules branchiales, de vices de conformation de l'oreille. Ascherson avait déjà signalé la surdité ; depuis lui, on a observé diverses malformations des deux oreilles ».

A ce sujet Duplay cite Virchow et ajoute :

« Le diagnostic des fistules branchiales pourvues d'un orifice cutané est en général facile. Leur siège à peu

près constant sur les parties latérales du cou, l'écoulement d'un liquide plus ou moins analogue au liquide buccal, enfin leur origine congénitale permettront de les distinguer aisément des fistules salivaires et trachéales.

« Il reste à déterminer si la fistule est complète ou borgne externe, et pour cela on aura recours au cathétérisme pratiqué avec la sonde ou le stylet, et aux injections de liquides colorés et sapides.

« Quant aux fistules borgnes internes, leur existence ne peut être que soupçonnée. Dans le cas qu'il m'a été donné d'observer, je crois qu'il est difficile, d'après l'ensemble des signes fournis par le malade, de méconnaître une fistule borgne interne.

« Les fistules branchiales ne compromettent pas l'existence, et à ce titre, leur pronostic est bénin ».

Rétrécissement du pharynx par adhérence de la langue ou du voile à ses parois. — Les syphiliographes ont cité de bonne heure les adhérences anormales du voile aux parois voisines[1] (Voir article « Syphilis » du V[e] volume). Les adhérences avec la *racine de la langue* ne furent guère mentionnées que par Ricord (Oblitération des narines et rétrécissement de l'isthme du gosier. *Bulletin de la Société de chirurgie* de Paris, 1851), par Ried (*Ueber die Verwachsung des Gaumensegels etc. Jenaische Zeitschrift f. Medicin*, 1834. 1[er] volume), dans ses cas n° 4 et 5, et par Fiedler (Laryngopharyngostenosis syphilitica. *Arch. f. Heilkunde*, 1871), de telle sorte qu'on peut les passer sous

1. Les rétrécissements du mésopharynx et du laryngopharynx, beaucoup plus rares, étaient par cela même ponr ainsi dire inconnus ; cependant on en avait déjà publié quelques observations, telles que celles de Dupuy sur un rétrécissement inférieur du pharynx. (*Bulletin de la Soc. anat.*, 1847).

silence, aucune étude d'ensemble n'en ayant été faite. Il n'en est pas de même des soudures du voile avec la paroi postérieure du pharynx, citées de bonne heure en France par Alibert, Biett, Cazenave; en Angleterre, par Hunter, Colles, Mayo; en Allemagne, par Otto, Dzondi, Stromeyer, Dieffenbach, Siegmund qui est revenu à plusieurs reprises sur la question, Heyfelder, Czermack, Gerhardt et Roth, Hœven, Wirtingen, Passavant, Pytha, Szymanowski, Lindenbaum, Weber. Beaucoup de ces auteurs n'ont fait que signaler en quelques mots cette sorte de malformation ; d'autres se sont montrés un peu plus explicites. Tous les travaux de l'époque ont été utilisés dans l'excellent mémoire de Hermann Paul, traduit en français par Verneuil pour les Archives générales de médecine. Les adhérences d'origine *lupiques* ne furent mentionnées que beaucoup plus tard, à la fin de la période que nous étudions (voir l'article Lupus du IVe volume de cet ouvrage).

Nous croyons devoir citer ici le mémoire de Hermann Paul, parce qu'il résume, mieux que nous ne saurions le faire, l'état de la question à l'époque où il parut.

« Le docteur Von den Hœven et le professeur Szymanowski ont publié une petite série d'observations originales ou étrangères, relatives à des perforations ou à des divisions du voile du palais, accompagnées d'adhérences plus ou moins étendues de ce voile avec la paroi postérieure du pharynx préalablement ulcérée.

« Szymanowski compte neuf cas de ce genre, en y ajoutant celui de Pitha. Avant de rapporter les trois faits qui me sont propres et dont l'un se rapproche de celui de Pitha, je dois dire que, parmi les exemples de cette lésion, connus jusqu'ici, le nombre de cas traités par l'opération est infiniment moindre qu'il ne le paraît.

« Ajoutons que Sigmund a tiré de sa riche observation syphiliographique quatorze observations nouvelles, qu'à la vérité il n'a pas décrites isolément, et fourni des remarques importantes sur les conditions et la marche des ulcérations du voile du palais et du pharynx qui précèdent ces adhérences.

« On doit supposer que ces cas se sont présentés bien des fois à d'autres syphilidologistes. Cependant, dans les recherches nombreuses faites dans leurs écrits, j'ai trouvé beaucoup de renseignements sur les ulcérations syphilitiques du pharynx et du voile du palais, mais rien sur la soudure de ces deux organes[1]. Herber Mayo seul en parle en ces termes. « L'ulcération du voile du palais peut s'étendre au pharynx et, dans ce cas, la cicatrisation entraîne des conséquences particulières. Les débris du voile du palais se soudent avec le pharynx et s'appliquent contre l'ouverture postérieure des fosses nasales. La respiration nasale n'est pas complètement supprimée, parce qu'il reste encore dans le voile du palais une ou deux ouvertures ovales, mais le ton nasal de la voix qui accompagne l'ulcération du voile du palais devient alors permanent. »

« Tout récemment, Bryk[2] a rapporté deux cas d'adhérences analogues, comme suite d'un ulcère du voile du palais, chez une fille de vingt ans et un homme de quarante ans. La syphilis en était très probablement la cause, surtout chez ce dernier.

« Les chirurgiens ont aussi mentionné cette lésion; ainsi Dieffenbach parle d'une fusion de la face posté-

1. Ceci est inexact. En France et en Angleterre, on avait cité le fait et signalé ses désastreuses conséquences dans un certain nombre de traités, ainsi qu'on l'a vu plus haut, mais sans insister.

2. Voir Lupus : 2e volume.

rieure du voile du palais avec la paroi pharyngienne, succédant le plus souvent à des ulcérations scrofuleuses, dont les granulations s'accolent et se confondent; il en résulte tantôt une séparation complète entre les cavités nasale et pharyngienne, tantôt, au lieu qu'occupait la luette, il reste une ouverture arrondie et cicatrisée ; les sujets sont ordinairement sourds, à cause de l'oblitération de la trompe d'Eustache. Dieffenbach conseille de séparer le voile du palais de la paroi pharyngienne, de fixer par la suture le bord rabattu et doublé ; en d'autres termes, d'ourler ce bord, pour empêcher une nouvelle réunion, ce qui, dit-il, m'a réussi quelquefois.

« Malgaigne et Robert ont également divisé ces cloisons anormales, mais sans succès durable.

« Enfin il existe trois cas de soudure complète du bord libre du voile, y compris la luette, avec la paroi postérieure du pharynx, sans perte de substance ni fente du voile, l'un appartient à Hopp, l'autre à Czermak, et le troisième à Coulson.

« Le cas de Czermak est relatif à une fille de quatorze ans, observée dans la clinique de Dumreither, et affectée depuis deux ans d'ulcérations scrofuleuses de la gorge et des fosses nasales. A l'aide de la glycérine iodée, on obtint la cicatrisation, mais sans pouvoir empêcher la soudure susdite, qui supprima toute communication entre la bouche et le nez. L'examen avec le miroir démontra en effet que, lorsque la bouche était fermée, toute issue à l'air expiré était impossible, et que la respiration ne se faisait que par la voie buccale. Malgré cette adhérence, le voile du palais était encore mobile; il se soulevait et s'abaissait, se tendait et s'affaissait pendant l'émission des vocales, qui étaient tout à fait pures;

l'*i* seulement paraissait un peu étouffé ; au contraire la formation des diphtongues était impossible. Dans le langage courant, on remarquait, comme cela arrive quand on parle en se bouchant le nez, des arrêts destinés à permettre l'issue hors de la bouche de l'air accumulé dans cette cavité par la production d'une série de sons, car cet air ne pouvait plus, comme dans l'état normal, s'échapper par les fosses nasales insensiblement et sans interruption de la parole, en passant par la fente pharyngo-staphylienne entr'ouverte.

« Le cas de Coulson est analogue ; la parole était altérée, de façon que les consonnes nasales et labiales étaient sans timbre et restaient confuses ; la respiration n'était possible que par la bouche, dont la muqueuse présentait conséquemment une sécheresse incommode ; le goût et l'odorat étaient abolis et restèrent tels jusqu'au moment où on pratiqua entre cette soudure une opération qui réussit partiellement[1].

« Voici mes trois observations :

« 1° Duinde, trente-quatre ans, entré en 1856 dans l'infirmerie de la prison royale, faible, d'apparence cachectique, souffre de dyspnée, de toux persistante et de dysphagie ; voix enrouée, sans timbre, presque criarde. Au lieu de voile du palais, on trouve une ouverture ovale limitée en avant par le bord postérieur de la voûte palatine et sur les côtés par des brides cicatricielles dures, rigides, divergeant en arrière et en bas pour rejoindre la paroi postérieure du pharynx. Dans ces brides se trouvent le reste du voile du palais, et en particulier les piliers postérieurs. On ne reconnaît plus ni

1. On remarquera, en lisant notre article Lupus, que l'historique d'Hermann Paul sur les rétrécissements lupiques est un peu sommaire.

les amygdales, ni les piliers antérieurs ; cette fente ovale donne accès dans la cavité gutturale ; on peut y introduire tout juste un doigt, qui reconnaît l'épiglotte épaissie et son bord tuméfié. En haut, du côté des fosses nasales, existe également une communication étroite, cicatricielle, admettant un fort tuyau de plume ; c'est pourquoi le malade pouvait encore, quoique avec peine, respirer la bouche fermée et se moucher. La paroi postérieure du pharynx, visible à travers l'orifice anormal, est pâle, sillonnée de cicatrices, mais sans ulcérations. Les arcs cicatriciels, tendus de la voûte palatine à la paroi pharyngienne et privés de souplesse, n'exécutent aucun mouvement pendant la respiration et la déglutition ; ce dernier acte était laborieux ; les bouillies passaient assez bien, quand elles avaient franchi l'isthme du gosier ; grâce à l'inclinaison de la tête en arrière elles étaient poussées par les muscles du pharynx, qui paraissaient intacts. L'épiglotte semblait fonctionner normalement, et, de temps à autre seulement, les particules alimentaires pénétraient dans les voies aériennes.

« L'examen laryngoscopique, encore peu usité à cette époque, fut négligé ; il aurait fourni des renseignements plus précis sur les changements de l'épiglotte, etc.

« Les cavités nasales n'offraient ni défauts ni ulcérations ; les deux poumons étaient atteints de catarrhe chronique ; au surplus rien d'essentiel dans les appareils respiratoire, circulatoire et digestif.

« Grandes cicatrices étoilées dans les deux régions inguinales. A la nuque et aux angles des mâchoires quelques glandes lymphatiques indurées, indolentes ; à la surface sous-cutanée du tibia gauche, saillies noueuses actuellement sans douleur. En résumé, il y a des traces d'une

ancienne syphilis constitutionnelle. Les renseignements fournis par le malade s'accordent avec les signes ; il reporte à plusieurs années le début de l'inflammation et des ulcérations de la gorge.

« Ce sujet resta longtemps soumis à mon observation, et plusieurs fois on songea à lui pratiquer la trachéotomie, à cause de la dyspnée croissante ; cependant ce symptôme diminua peu à peu sous l'influence de l'huile de foie de morue, de l'iodure de potassium et de l'iodure de fer à l'intérieur et des badigeonnages répétés de teinture d'iode sur le cou : ces moyens amenèrent la disparition des exsudats sous-muqueux des cordes vocales et de l'épiglotte et la cicatrisation des ulcères.

« Au bout d'un an, Duinde quitte la ville et la prison ; la respiration est toujours très pénible et lente, mais beaucoup plus facile qu'autrefois ; la voix restait gutturale et rauque, mais intelligible ; il avalait mieux les aliments sous forme de bouillies, mais souvent encore il avalait de travers les liquides : son état général s'était notablement amélioré.

« Je n'ai pas revu ce malade, qui cependant vivait encore en 1861.

« 2° Dauziger, vingt-trois ans, enfermé pour vagabondage. C'est un sujet maladif, extrêmement affaibli ; nombreuses cicatrices de scrofule sur les différentes parties du corps. Sur cet organisme déjà ruiné par la maladie et une manière de vivre déplorable vint s'abattre, il y a deux ans et demi environ, une syphilis qui, complètement négligée, fit des ravages étendus, surtout dans la gorge. Le voile du palais était réduit à des vestiges figurant trois arcs de voûte. Deux de ceux-ci étaient constitués par les piliers antérieurs rétrécis par

des cicatrices, tendus de chaque côté et se dirigeant en bas et en arrière à partir du bord libre du palais; le pilier postérieur gauche n'existait plus; un vestige induré et cicatriciel du pilier droit formait le troisième arceau de la voûte ; il était devenu presque horizontal, et en se portant vers la paroi pharyngienne, il obstruait complètement l'orifice de l'arrière-narine correspondante. Vers son extrémité antérieure, on remarquait une petite saillie arrondie, charnue, représentant sans doute la luette attirée à droite et en arrière.

« La paroi postérieure du pharynx, qu'on voyait dans une grande étendue et du côté gauche à travers la perforation du voile, était encore ulcérée çà et là ; une autre ulcération, déprimée, à base lardacée occupait la place de l'amygdale droite ; à gauche on ne trouvait plus de trace ni de la glande ni de sa loge. La déglutition, quoique un peu douloureuse, se faisait assez bien ; rarement les liquides étaient avalés de travers. La voix nasonnée et confuse n'était cependant ni éteinte ni enrouée; on ne pouvait donc pas supposer l'extension des ulcères à l'épiglotte et au larynx. Les contacts exercés sur le pharynx étaient très douloureux, aussi le malade se laissait difficilement examiner. On ne put donc explorer au miroir, ni la cavité pharyngienne, ni les arrière-narines.

« Le sujet ne resta que quelques jours en prison et fut renvoyé chez lui. Je ne l'ai pas revu.

3° Seitner, Wilhelmine, trente-quatre ans, depuis bien des années livrée à la prostitution, a présenté des atteintes plusieurs fois. Comme cela arrive souvent dans les affections syphilitiques, les renseignements sur la durée et la marche de la maladie sont loin d'être positifs. Le seul

antécédent bien établi est un mal de gorge qu'elle a eu il y a plusieurs années et qui a été violent et opiniâtre; il a d'ailleurs laissé des traces visibles. Au commencement de décembre 1865, voilà ce que je constatai.

« La voix est encore suffisamment articulée, seulement elle est nasillarde; la respiration et la déglutition se font normalement. La malade, néanmoins, depuis qu'elle a eu une inflammation de l'arrière-gorge, se plaint à chaque abaissement de la température d'une toux persistante, mais sans expectoration. Le voile du palais est totalement fendu jusqu'à ses attaches osseuses, vers le milieu, mais un peu plus à droite, de sorte que la luette appartient tout entière à la partie gauche. Les deux moitiés divergent en formant un hiatus large, triangulaire, à contours mousses; l'aile droite, qui est fortement tirée en arrière et en dehors, pend librement dans la cavité pharyngienne, et peut être facilement ramenée en avant et vers le milieu lorsqu'on la saisit avec une pince. Cette aile n'a donc pas été considérablement endommagée par l'affection syphilitique, et n'a éprouvé ni perte de substance, ni rétraction cicatricielle notable; elle n'a point d'adhérence avec la paroi postérieure du pharynx. Les piliers droits et l'amygdale qu'ils circonscrivent sont peu changés par les cicatrices; par contre, l'aile gauche du voile du palais, en même temps que la luette, sont soudées à la paroi pharyngienne correspondante par une cicatrice très forte, tendue, large et épaisse.

« Les contours de cette aile et la luette sont encore reconnaissables, mais cette partie est complètement immobile, et l'amygdale entièrement cachée. La muqueuse buccale et pharyngienne est pâle, décolorée, mais

dépourvue d'ulcération. Néanmoins les bords de l'ouverture sont couverts de cicatrices. La cavité nasale est exempte de tout ozène. Une inspection répétée et détaillée de la glotte et de l'épiglotte ne laisse apercevoir aucun gonflement, aucun ulcère, ni aucune excroissance. Nulle partie du corps ne présente d'accidents syphilitiques. Ce sont ces raisons qui me firent tenter une opération. Je désirais uniquement essayer si des tissus détruits par des ulcérations syphilitiques pourraient être réunis; car les observations publiées jusqu'à présent ne me donnaient guère l'espoir d'améliorer la voix.

« Je fis *l'opération* le 30 décembre 1863. Je divisai à petits coups de ciseaux les adhérences solides et criant sous le tranchant qui maintenait l'aile gauche, en ayant soin de conserver à celle-ci le plus d'épaisseur possible; l'écoulement sanguin fut minime. Pour aviver les deux bords de la fente, je les saisis avec des pinces et, après les avoir tendus, je plongeai vers leur milieu un petit bistouri à deux tranchants que je fis marcher vers le haut et vers le bas, d'après les conseils de Passavant. En même temps, je rendis aigu l'angle antéro-supérieur de la fente qui était arrondie; les lèvres avivées étaient partout égales et suffisamment épaisses. J'essayai, au moyen de pinces, de rapprocher leur surface saignante et j'y arrivai facilement sans trop de tension. Cependant le bord gauche, à cause de la luette qui y était attachée, descendait plus bas et dépassait le bord droit; je fus donc obligé de tirer en bas ce dernier, pour égaliser les surfaces et ramener la luette en haut et au milieu. Pour mettre les points de suture, je me servis de la méthode employée pour la première fois par Bérard et recommandée par Passavant. Je puis assurer que c'est le meilleur procédé.

« Le nombre des points fut de quatre. Je ne réussis pas à fixer la luette exactement au milieu, parce qu'il lui manquait un point d'appui sur l'aile droite plus courte que l'autre; elle resta dirigée un peu vers la gauche. Après la réunion des deux ailes, la tension fut très petite; les bords de la plaie étaient placés très régulièrement et complètement rapprochés.

« La réunion ne subit aucun accident ; le quatrième jour, on enleva les trois points de suture antérieurs ; le cinquième jour, j'ôtai le dernier parce qu'il ne tenait plus, la suture s'ouvrit en cet endroit sur une étendue d'à peu près une ligne. Il en résulta que la luette se déplaça encore un peu vers la gauche ; il n'y eut pas moyen d'y remédier parce que sa face postérieure, encore couverte de bourgeons, adhéra de nouveau avec la paroi pharyngienne qui n'avait pas cessé de suppurer. L'opération avait donc produit à peu près ce que recherche Passavant pour améliorer la voix nasillarde et ce qu'il a atteint dans une opération (*Arch. f. Heilkunde*, Bd III).

« Actuellement, après plus d'une année, la luette est fixée du côté gauche par suite de la rétraction cicatricielle qui est inévitable ; la ligne de suture semble encore exactement médiane ; le voile du palais est fortement tendu en travers, et, par suite, pendant l'inspiration se meut un peu moins librement que dans les conditions normales ; l'adhésion du voile avec les parties cicatrisées à droite contribue à gêner ce mouvement ; la position invariable de la ligne de suture indique que cet effet est dû à la forte tension transversale du voile du palais, plutôt qu'à la rétraction cicatricielle, à gauche et en arrière ; cette tension provient de la diminution de largeur subie par le voile du palais par suite de la destruction des parties avant la réunion.

« La voix est toujours un peu nasillarde, surtout dans les sons aigus. Elle est toutefois plus distincte et mieux articulée ; la déglutition et la respiration s'accomplissent facilement ; le goût et l'odorat paraissent assez bien conservés ; cependant ils ont souffert un peu de l'inflammation spécifique de la muqueuse.

« Il reste à faire remarquer un fait curieux, résultat heureux de l'opération : la malade a souvent répété que l'irritation de la muqueuse de la glotte qui produisait la toux a complètement disparu dans le courant de l'année, malgré les variations de la température. On n'a pu jusqu'ici faire une seconde opération destinée à corriger la première et à fixer sur la ligne médiane la luette rendue libre.

« Qu'il me soit permis d'ajouter quelques remarques à cette communication.

« I. Outre les neuf cas cités par Hœven et Szymanowski, il faut compter au moins encore vingt et une observations d'adhérence du voile du palais au pharynx. Nous sommes obligés de laisser de côté les observations de Mayo, Dieffenbach, de Malgaigne et d'autres parce que nous ne pouvons pas en connaître le nombre.

« II. L'origine de ces adhérences est le plus souvent *syphilitique*, vingt-six fois sur les trente cas ; deux fois ce sont des abcès *scrofuleux*, où l'on n'a pas pu démontrer la syphilis (Czermak et Bryck) ; une fois l'on indique la *diphtérie* (Szymanowski) ; enfin le « rhume » de la paysanne traitée par Hopp peut aussi y être classé.

« L'affection syphilitique antérieure est presque toujours grave ; les traces de la maladie indiquent une longue durée et des récidives opiniâtres ; enfin des accidents de la syphilis constitutionnelle existent dans les parties les

plus différentes du corps. Souvent, il y a eu d'abord scrofule (syphilis héréditaire) ; jamais l'adhérence ne se manifeste rapidement, dans les premiers temps de l'infection.

« III. — Sur les trente observations, quatre seulement (deux de Sigmund, une de Szymanowsky, une de Czermak) se présentent pendant l'enfance ; dans tous les autres cas, l'âge de la puberté a été plus ou moins dépassé. La majorité des malades appartient au sexe masculin.

« IV. — Dans la plupart des cas, l'adhérence a été précédée par des pertes de substances plus ou moins considérables, à la suite d'ulcères, souvent aussi par des divisions totales du voile du palais ; ces divisions ont favorisé la production des adhérences qui sont plus ou moins complètes. Dans trois cas seulement, le voile du palais resta intact (Hopp, Czermak, Coulson). Dans tous les autres, des trous à peu près ronds ou des fentes longitudinales et triangulaires établissent une communication plus ou moins étroite entre les cavités du nez, du pharynx et de la bouche. Enfin l'adhérence du voile fendu ne se fait que d'un côté (Sigmond, Pitha, Bryk et mon 3e cas).

« Les ulcérations syphilitiques, qui précèdent l'adhérence, se déclarent en même temps sur la paroi postérieure du voile et sur la face postérieure du pharynx. Elles se présentent bien plus souvent sur des points isolés d'une seule de ces parois que sur les deux à la fois. C'est là la raison de la rareté proportionnelle de cette espèce d'adhérence. Le début de ces ulcères échappe souvent à l'observation. Les malades se plaignent de douleurs aiguës en avalant et exécutent souvent des mouvements involontaires et convulsifs de déglutition.

« Les ulcérations de la paroi du pharynx sont plus fréquentes que celles de la paroi postérieure du voile palatin. Elles commencent le plus souvent à la partie supérieure, marquée par la saillie du voile dans la cavité naso-pharyngienne et ne deviennent visibles que lorsqu'on soulève le voile du palais. On trouve alors des ulcères complètement développés, de différentes formes, souvent des fissures allongées de la muqueuse qui ne tardent pas à pénétrer profondément dans les couches musculaires du pharynx. Quelquefois on découvre des ulcères aplatis, à contours bien déterminés et irrégulièrement arrondis ; ils sont peu profonds et contiennent un pus jaune verdâtre et visqueux; leur fond saigne facilement, leur grosseur varie depuis la grosseur d'une tête d'épingle, d'une lentille, jusqu'à celle d'une pièce de deux sous ; finalement ils se réunissent. Ils se propagent souvent beaucoup plus en largeur qu'en profondeur; à mesure qu'un côté de l'ulcère devient granuleux et se cicatrise, la destruction moléculaire continue d'une manière phagédénique de l'autre côté. En profondeur, ils peuvent pénétrer jusque dans les os ou dans les faisceaux ligamenteux des vertèbres cervicales. On peut cependant se demander si, dans ce cas, ce n'est pas la périostite suppurative ou une gomme suppurée du corps des vertèbres qui en est le point de départ, comme cela a lieu dans les perforations et les nécroses de la voûte du palais. Sigmund fait provenir ces ulcères de petites infiltrations analogues à des tubercules et occupant la couche sous-muqueuse, ou de la suppuration des follicules de la muqueuse; on peut aussi constater les autres manifestations présentes et antérieures de la syphilis constitutionnelle.

« On trouve des ulcérations analogues sur la paroi posté-

rieure du voile du palais. Elles échappent entièrement à l'observation directe, jusqu'au moment où elles perforent le voile ou se propagent de son bord libre à sa paroi antérieure. On peut cependant soupçonner leur existence, même quand elles ont encore très peu d'étendue. On voit sur la paroi antérieure du voile du palais une tache rouge qui correspond exactement à l'ulcération siégeant sur la paroi postérieure. Lorsque ces ulcères occupent une grande surface, le voile reste constamment très fortement tendu. Dans un cas observé par moi, la tension était telle que la luette était dirigée presque perpendiculairement à la paroi antérieure; on ne pouvait plus distinguer de mouvement spontané du voile. En soulevant le voile du palais, on pouvait rendre visible une petite partie de l'ulcération couenneuse de la paroi postérieure. La voix était nasillarde et grasseyante, comme elle le devient à la suite de la staphylorrhaphie. Une friction mercurielle amena dans ce cas, comme dans d'autres faits analogues moins éclatants, la guérison de l'ulcération en trois ou quatre semaines. L'ulcère ne perfora pas le voile ; la couleur rouge de la paroi antérieure disparut en même temps que la tension exagérée. La luette reprit sa position naturelle, et le ton nasillard et grasseyant de la voix disparut complètement.

« Quelquefois, l'ulcération contourne le bord du voile du palais jusqu'à sa paroi antérieure et laisse des dentelures persistantes.

« Les ulcères du pharynx appartiennent, d'après mon expérience que celle de Sigmound paraît confirmer, aux accidents les plus graves de la syphilis constitutionnelle et n'ont rien de commun avec les plaques muqueuses qui apparaissent dans les premiers temps. L'inflammation

syphilitique aiguë du parenchyme du voile, qui précède l'ulcération, se manifeste presque toujours après les plaques muqueuses et se montre plus souvent sur la paroi antérieure et le bord libre du voile que sur la paroi postérieure. Les perforations en question se rencontrent le plus souvent, et en premier lieu, au sommet du voile et près de l'endroit où il s'insère sur la voûte du palais, car c'est là le point le plus tendu et le plus mince. De petits ulcères produisent facilement la perforation, parce qu'ils prennent la forme d'entonnoir en devenant plus profonds, et parce que très souvent ils occupent la place d'un follicule muqueux. L'ouverture, qui au commencement est à peu près du diamètre d'une tête d'épingle, augmente rapidement par suite de la fonte ulcéreuse des tissus circonvoisins. Il se produit en outre des pertes de substances plus considérables par la gangrène rapide d'une certaine masse de tissus.

« Ces pertes de substances, si petites qu'elles soient, persistent ; jamais une perforation syphilitique du voile du palais ne s'est refermée vite et spontanément au moyen de granulations. Le bord se cicatrise et s'amincit. On peut, par les moyens de l'art, produire à la vérité l'occlusion. Lorsque la gangrène s'étend davantage, on voit souvent des bandes étroites de tissu conserver la vie et maintenir ainsi les différentes parties du voile du palais. En général, le reste se déchire pendant la déglutition. C'est ainsi que se produisent les fentes ulcéreuses. Quand le voile palatin est déchiré, l'ulcération s'arrête rapidement et guérit.

« V. — L'adhérence des surfaces couvertes d'ulcérations rencontre encore beaucoup d'empêchement. Le voile du palais est presque continuellement en mouvement sous

l'influence de ses propres muscles, du courant d'air expiré et inspiré et des aliments déglutis. Une grande partie de ces mouvements poussent le voile du palais en arrière; mais les mouvements inverses ont toujours lieu. Le mucus qui descend de l'arrière-cavité des fosses nasales et qu'on rencontre ordinairement sur la paroi postérieure et inférieure du pharynx empêche aussi l'adhérence de se produire. La tension que prend le voile du palais sous l'influence de l'inflammation, et qu'il conserve jusqu'à ce que la cicatrisation ou la perforation se produise, empêche cette adhérence plus encore que les causes précédentes ; aussi peut-on rarement la constater quand la cloison palatine est intacte.

« Il en est tout autrement, quand il se produit une perforation ulcéreuse ou que le voile du palais se fend. Dans ce cas, une partie des causes qui, dans les cas précédents, empêchaient l'adhérence, la facilitent au contraire. La perforation détruit la tension et fournit un passage à l'air qui ne meut plus le voile du palais. Les fragments de ce dernier, sous l'influence de la paralysie ou de la destruction des tissus, pendent et se portent en arrière pendant l'inspiration ; mais un contact très court suffit pour produire un commencement d'adhérence persistante, lorsque les ulcérations qui couvrent les deux surfaces opposées passent de l'état de destruction moléculaire à celui de régénération plastique par granulations. Il est très difficile d'empêcher l'adhésion de deux surfaces granulées par des moyens mécaniques ou caustiques ; ces adhérences se propagent très vite et deviennent très résistantes ; elles s'établissent d'autant plus facilement qu'on les remarque moins.

« VI. — Les premiers troubles qui se manifestent à la

suite de ces soudures sont des changements fâcheux dans le timbre et dans la clarté de la voix; la perte de substance qui se produit généralement sur le voile du palais contribue pour une large part à ces changements. Cependant les malades de Hopp, de Czermack, de Coulson, dont le voile du palais était fixé par tout le bord libre sur la paroi pharyngienne, sans présenter la moindre perforation, avaient subi un changement notable dans la voix, changement identique à celui qui se produit lorsque les ouvertures antérieures des fosses nasales sont obstruées, soit par l'effet de la volonté, soit par une cause pathologique.

« On peut constater les mêmes modifications de la voix, lorsque les cavités nasales sont rétrécies ou obstruées par des polypes ou par une tuméfaction considérable de la muqueuse du nez à la suite d'un rhume très fort et chronique. Ce phénomène se présente encore, lorsqu'il survient un rétrécissement de l'isthme qui sépare le pharynx de l'arrière-cavité des fosses nasales en haut et de la cavité buccale en avant, particulièrement dans l'hypertrophie des amygdales.

« Les inflammations catarrhales, syphilitiques, diphtéritiques et autres, la tuméfaction du voile du palais et de ses piliers, sans aucune perforation, rétrécissent l'ouverture, empêchent les mouvements du voile et produisent le même ton nasillard et le grasseyement de la voix. La paralysie du voile du palais, de ses muscles tenseurs et releveurs (sphéno- et pétro-salpingo-staphylin), par suite de laquelle ce voile est flasque et pend en avant, amène le même résultat.

« D'un autre côté, on constate aussi le nasonnement dans le cas de perforations, de fentes et de pertes de substances du voile et de la voûte du palais.

« Le ton nasillard de la voix se produit donc dans des conditions en apparence contradictoires, lorsque la communication antérieure ou postérieure de la cavité nasale est bouchée ou rétrécie, ou bien lorsqu'il existe des communications anormales entre la bouche et la cavité nasale. Au contraire, il n'a jamais lieu lorsque les deux cavités de renforcement de l'organe propre de la voix, c'est-à-dire le larynx, sont libres, que les couches d'air qu'elles renferment vibrent en même temps, mais séparément, et que la membrane tendue entre elles, c'est-à-dire le voile, se meut librement.

« Toutes les causes précédemment énoncées du nasonnement de la voix ont cela de commun que le rapport entre l'espace des deux cavités de l'organe vocal a changé dans l'état normal ; l'air passe en même temps à travers ces cavités et produit ainsi les vibrations qui correspondent à une voix pure. Le larynx artificiel de Müller produit un son bien plus juste quand on y adapte un double tube.

« On explique ordinairement, et avec raison, la voix nasillarde accompagnant les perforations et la division du voile, en disant que pendant que le malade parle, l'air de la cavité nasale vibre en même temps que celui de la cavité de la bouche, par le fait de l'ouverture anormale. On peut effectivement corriger ce défaut de la voix, en fermant hermétiquement par un obturateur les trous existant dans le voile. Mais il n'en est pas ainsi, lorsqu'on réunit par une suture les deux moitiés du voile fendu. On sait que tous les opérateurs se plaignent de ce que la réussite la plus complète ne débarrasse pas la voix du ton nasillard. Ce défaut persiste d'autant plus que la perte de substance est plus grande et que le voile réuni

présente une tension transversale plus considérable. Lorsqu'au contraire on a suturé les deux parties du voile du palais simplement séparées par une plaie nette ou bien lorsqu'après l'avoir fendu, pour faciliter l'extirpation des tumeurs de la gorge, on l'a réuni par une suture immédiate, on ne remarque pas ce ton nasillard.

« Ainsi une grande tension du voile produit le ton nasillard de la voix, tout aussi bien qu'une fente et un épaississement.

« Lorsqu'en effet le voile du palais est fortement tendu transversalement, il manque de mobilité pour prendre, en se portant en arrière, la position nécessaire à la production des sons les plus élevés ; et, pour que, l'ouverture de la cavité nasale étant rétrécie, le courant d'air se dirige surtout vers la cavité de renforcement antérieure ou la cavité buccale. Au lieu de cela, le voile reste lâche, et, lorsque le dos de la langue s'en approche pour produire certains sons, la colonne d'air en vibration s'en échappe par la cavité nasale. Enfin, on a prétendu que le ton nasillard provient de ce que le voile ne peut frapper la paroi pharyngienne postérieure, et c'est pourquoi, Passavant a essayé, par des opérations laborieuses, de pousser ce voile vers le fond, et d'en fixer son bord, notamment la luette, à la paroi postérieure du pharynx.

« L'idée fondamentale de cette opération est en opposition avec plusieurs faits ; tout d'abord on sait qu'en fermant l'ouverture de l'arrière-cavité des fosses nasales on donne à la voix ce même ton nasillard ; de plus dans les cas de Czermak, Dunreicher et Coulson, les bords du voile du palais étaient fixés complètement, et cependant la voix était nasillarde et grasseyante comme dans

l'occlusion de l'orifice nasal. Enfin dans ma cinquième observation, la luette se fixa malgré moi sur la paroi pharyngienne postérieure, exactement comme Passavant le désire, et cependant, il y avait encore nasonnement.

« En réalité, lorsque la voix est exempte de ton nasal, il n'y a jamais adhérence fixe du voile palatin avec la paroi pharyngienne postérieure, ainsi que l'avait admis Biot et Magendie ; il y a simple mouvement, c'est-à-dire soulèvement du voile du palais à différentes hauteurs par ses muscles tenseurs; par suite de quoi l'ouverture de l'arrière-cavité nasale est rétrécie ; ce mouvement est surtout marqué lorsqu'on prononce les voyelles *e* et *i*. Les recherches de Debron, de Brücke et de Czermak, faites avec des appareils en forme de leviers et les injections d'eau pendant la formation des sons, ont suffisamment prouvé ce que j'avance.

« Le voile du palais ne s'applique entièrement contre la paroi pharyngienne postérieure, que pendant l'acte de la déglutition, pour empêcher les aliments solides et liquides d'entrer dans la cavité nasale. Lorsque le voile palatin est empêché par la tension transversale, l'orifice de la cavité postérieure, c'est-à-dire de la cavité nasale, reste continuellement large, tandis que l'orifice de la cavité antérieure, c'est-à-dire la cavité buccale, se modifie avec les différentes positions de la langue. Pendant l'émission de certains sons, l'ouverture de cette cavité se rétrécit par suite de la pression du dos de la langue contre le voile tendu fortement en avant. C'est pour cela que la voix est nasillarde, surtout pour les sons les plus élevés et lorsqu'elle produit les voyelles *e* et *i*. Le voile du palais revêt alors la forme d'une voûte pendant l'émission des voyelles *o* et *u*, la langue s'abaisse au contraire, et le voile palatin est porté en avant.

« La voix prend alors le ton nasillard pendant l'émission des consonnes dites palatines *ch*, *g*, *k*, *x*, des diphtongues (Dzondi), et des sons fermés de Brücke. Dans ces divers cas, le voile est plus ou moins soulevé pour laisser passer le courant d'air du côté de la bouche. Lorsque le voile du palais reste trop tendu en avant, une trop grande quantité d'air passe par les cavités nasales, et y produit des vibrations et des consonnances fausses.

« Ainsi, toute circonstance modifiant le calibre des cavités de renforcement, variable avec la production des différents sons, change le rapport des volumes d'air mis en vibration et produit ainsi le ton nasillard ou guttural de la voix. Cé phénomème ne dépend donc pas seulement de la cavité nasale, et on est ainsi conduit à ce fait curieux que le nasonnement a pu être constaté avec l'absence complète du nez chez un malade dont le palais et le voile étaient sains, et que Bidder a décrit avec détail. Les mouvements du voile du palais règlent donc les vibrations combinées des deux colonnes d'air existant dans les deux tubes en produisant ainsi la pureté de la voix.

« Pour améliorer la voix après la staphylorrhaphie, on ne devrait donc pas, avec Passavant, chercher à fixer en arrière le voile du palais, mais s'efforcer de le rendre plus large et plus mobile. On peut arriver à ce résultat par des incisions latérales superficielles, et au besoin même, traversant le voile, et qu'on répéterait à plusieurs reprises, et qui se fermeraient par granulations. De même que l'on pratique ces incisions au moment de la suture, comme Dieffenbach le faisait, on les emploierait ainsi dans le but d'améliorer la voix. Cette proposition ressemble au second essai opératoire de Passavant.

L'espoir émis par Langenbeck et d'autres, de voir la voix s'améliorer au bout d'un certain temps, parce que le voile du palais se détend par suite de l'usage de la parole, semble confirmer la théorie que je viens d'exposer.

« Les adhérences du voile du palais et du pharynx produisent encore d'autres troubles ; je veux parler des difficultés de la déglutition. Par suite des cicatrices existant dans les muscles, la formation du bol alimentaire et son passage à travers l'isthme du gosier sont en partie empêchés. Les aliments solides et liquides montent dans les cavités nasales.

« Le goût et l'odorat sont aussi modifiés, souvent même anéantis par la destruction des tissus, et par l'occlusion des arrière-cavités des fosses nasales.

« Lorsque les ulcères et les cicatrices atteignent les ouvertures de la trompe d'Eustache, on constate la surdité. Enfin, de fortes cicatrices peuvent rétrécir l'isthme et empêcher la respiration par le nez ; l'occlusion complète de l'ouverture des arrière-cavités des fosses nasales ne permet plus que la respiration par la bouche, et produit ainsi la dessiccation de la muqueuse buccale et pharyngienne, surtout pendant le sommeil. Quant aux troubles survenus dans le goût et l'odorat, on n'en fait mention que dans l'observation de Coulson. »

---

b) Malformations de l'amygdale

L'absence totale ou presque totale de l'amygdale n'a pas éte signalée à la période que nous étudions ; mais Robert, Guersant et Lasègue ont insisté sur le volume très variable de la tonsille chez de très jeunes sujets. Si les

deux premiers regardent l'excès de grosseur, dans ces cas, comme le résultat d'une hypertrophie acquise sous l'influence d'une éruption dentaire, morbide par conséquent, Lasègue pense que ces dimensions exagérées sont d'ordre congénital (voir, pour plus de détails, le chapitre *Hypertrophies des amygdales* dans le IV[e] volume de cet ouvrage). L'excès de grandeur, dans les cas d'hypermégalie postérieure à la naissance, serait, d'après les auteurs, tel parfois qu'il en arriverait à oblitérer presque complètement l'isthme réduit à l'état de fente étroite. Parfois même l'organe arriverait, disait-on, en débordant les piliers, obstruer plus ou moins le cavum, notamment vers l'orifice des trompes ; de là des surdités mécaniques mentionnées par nombre d'écrivains [1]. Les états *sessiles* et *pédiculés* avaient frappé l'attention des chirurgiens, dès le XVIII[e] siècle ; on pensait que les tonsilles, qui s'insèrent largement ne sont guère justiciables que de la cautérisation ou du bistouri, tandis que les amygdales bien pédiculées se prêtent à l'extirpation par la ligature ou par l'amygdalotome ; mais on n'avait pas signalé de ces longs pédicules au bout desquels pend la glande, à l'instar d'un polype, comme dans le cas publié par Jurasz, en 1885. La béance anormale des cryptes avait été décrite par Fallope, au XVI[e] siècle, et par Riolan, au XVII[e] siècle ; ces auteurs avaient montré qu'il ne fallait pas prendre ces orifices pour des ulcères. Enfin, l'état lobulé, l'existence de sillons profonds avaient été étudiés par différents observateurs. Lasègue était revenu sur ce point pour montrer combien *l'aspect normal* de l'organe peut être *variable*, chez les

1. Il y avait vraisemblablement coïncidence de végétations adénoïdes avec l'hypertrophie tonsillaire, regardée comme seule en cause, parce qu'on ne connaissait qu'elle.

nouveau-nés. Ce qu'il en dit, ainsi que ses prédécesseurs, est, du reste, très sommaire.

---

c) Malformations du voile

Le voile peut manquer ou demeurer rudimentaire partiellement ou totalement, être divisé en deux, présenter des perforations ; il peut enfin adhérer anormalement aux parois du pharynx[1]. Ces défauts dans la morphologie sont congénitaux ou acquis, ce qui établit entre ces malformations deux groupes bien distincts, au moins au point de vue des causes. Comme pour les déviations précédentes du type normal, il ne faut s'attendre à voir citer là que des observations isolées et non des travaux d'ensemble. C'est pour établir plus d'ordre dans notre description que nous établirons un classement.

A. *Absence ou état rudimentaire du voile.* — Lorsque l'enfant est viable et que la voûte osseuse palatine est dans un état suffisant de développement, l'absence du voile est extrêmement rare. Cependant Ancelet en a publié un cas dans le *Bulletin médical* de l'Aisne, en 1867, chez un nouveau-né par ailleurs bien conformé. Ici, le voile était remplacé de chaque côté de la ligne médiane par deux petits tubercules charnus, du volume d'une lentille. L'état rudimentaire du voile est un peu plus fréquent ; il a été signalé, dès 1750, par Storch, dans son *Traité des maladies des enfants*, puis par Otto, en 1844, dans son *Manuel d'anatomie* pathologique et enfin par Wolters, en 1859 (*Zeitschrift f. anat., Med.*). En général, l'excès de volume de la luette

1. Voir plus haut « *rétrécissement du pharynx*, par adhérence. »

compense jusqu'à un certain point l'atrophie du voile (Storch, Otto, Wolters) ; mais la luette peut être atrophiée aussi à son tour, comme dans le cas de Trélat (*Bulletin de la Soc. de chirurgie*, 1869, p. 402) et dans celui de Notta (*Bulletin de la Soc. de chirurgie*, 1869), où elle était remplacée par deux petits tubercules latéraux. Les piliers peuvent faire défaut. Ainsi dans le cas de Wolters, les antérieurs manquaient. Quant à leur bifidité congénitale, elle ne sera mentionnée que plus tard.

B. *Brièveté anormale du voile.* — Cette dénomination n'est pas tout à faite exacte parce que le plus souvent ce n'est pas le voile qui est court, c'est le *palais osseux*. Il résulte que l'insertion du voile est notablement rapportée *en avant*, mais le résultat pour l'occlusion du pharynx est toujours le même. Dans son travail bien connu sur la question, Lermoyez a tracé un excellent historique du sujet qui va nous servir ici de guide. Rappelons tout d'abord que les anatomistes de la fin du XVIIIe siècle et du commencement du XIXe siècle, notamment en Allemagne, avaient constaté que la portion osseuse de la voûte palatine peut être inférieure à la normale, au point de vue de sa longueur ; mais ils n'avaient tiré de cette remarque aucune conséquence pratique. Au contraire, Roux, le chirurgien parisien bien connu, beau-fils de Boyer et émule de Dupuytren, eut le mérite de comprendre qu'il en pouvait résulter l'explication de certains troubles de la phonation et de la déglutition. Au retour d'un voyage en Allemagne, il rencontra, à Verviers, une jeune fille qui parlait d'une façon inintelligible et ne présentait cependant qu'un peu de bifidité du voile en arrière. La voûte osseuse était en même temps mal développée et imparfaitement soudée.

A une époque un peu plus rapprochée de nous, Demarquay fit voir, à une séance de la Société anatomique, un palais osseux très mal développé aussi, qu'il avait rencontré par hasard sur un cadavre. Mais ces faits ne frappèrent pas le public médical et, vers 1860, Passavant, pour expliquer la conservation du timbre nasillard de la voix, malgré la staphylorrhaphie, incrimina la brièveté congénitale du voile et non celle du palais osseux. Quoi qu'il en soit, cet auteur avait bien vu que, pour une cause ou pour une autre, le voile ne fermait pas exactement le cavum et qu'il en résultait de la rhinolalie ouverte. Langenbeck incriminait cependant encore une mauvaise éducation phonétique ou le mauvais exemple fourni par la fréquentation d'enfants atteints de nasillement. C'est Trélat en somme, comme l'a parfaitement établi Lermoyez dans le travail cité plus haut, qui montra le premier comment les choses se passent en réalité. « Trélat, dit-il, me semble avoir le premier attribué sa réelle importance à la malformation qui m'occupe. Après l'opération de l'uranostaphylorrhaphie, certains malades retrouvent une voix normale ; d'autres, malgré l'entraînement orthophonétique le mieux conduit, continuent à nasiller. La raison en est, disait-il, que chez ceux-ci le voile ne peut affleurer la paroi postérieure du pharynx ; ce défaut d'affleurement est dû à un raccourcissement antéro-postérieur du palais restauré qui porte surtout sur la *voûte osseuse* atrophiée, et qui est d'autant plus marqué qu'elle demeure plus profondément fissurée. En 1866, dans un rapport à la Société de chirurgie, il expose longuement cette idée que l'insuffisance du développement de la voûte est la cause fondamentale des insuccès dans la restauration de

la voix, à la suite d'opérations plastiques de la bouche. Et pendant plus de vingt ans, il insiste avec complaisance sur ce sujet, le développant dans ses communications, ses leçons : tout individu atteint d'une division à voûte palatine longue parlera bien; tout individu qui a voûte palatine courte parlera mal ; et la preuve, ajoute-t-il, c'est qu'il y a, d'une part, des gens qui, quoique ayant une division complète du voile, parlent très intelligiblement parce que leur palais est normal ; il y a, d'autre part, des personnes qui nasillent fortement, quoique sans division vélo-palatine, parce que leur voûte est insuffisamment développée. Aux faits de Passavant, il ajoute deux nouvelles observations convaincantes, et Notta, de Lisieux, vers la même époque, communique un fait semblable à la Société de chirurgie.

« Plus tard Ehrhmann, de Strasbourg, ne fit que confirmer les vues de Trélat en apportant un fait identique aux précédents. Parurent ensuite en Allemagne les observations de J. Wolff, de Kayser ; mais elles furent présentées simplement comme des formes rares de nasillement sans que les auteurs songeassent à les rattacher à la théorie admise en France ; Kayser ne semble même pas avoir eu connaissance des travaux de ses devanciers, et ne voit dans son cas qu'une brièveté congénitale du voile palatin. »

La portion osseuse de la voûte palatine pourrait non seulement être plus courte que d'habitude d'avant en arrière, mais encore présenter des *malformations plus graves.* Dans le cas de Trélat, il existait en arrière une échancrure très manifeste des os, sur laquelle la muqueuse intacte passait comme un pont. Dans l'observation de Notta, on constatait également, à la partie postérieure de la voûte, une perte de substance triangulaire, mais qui était mas-

quée par les parties molles normales. Langenbeck (*Arch. Klin. Chir.*, 1863) a cité trois faits de même nature. Dans le premier cas, le palais osseux manquait en totalité et le voile était bifide en arrière, mais la muqueuse empêchait toute communication entre les fosses nasales et la cavité buccale. Dans le second, les malformations osseuses se réduisaient à une fente médiane très étroite, bouchée par la muqueuse normale qui passait au-dessus. Chose étrange, dans le troisième cas, il y avait division sur la ligne médiane des os et de la muqueuse, mais une couche fibreuse assez épaisse s'étendait d'une moitié à l'autre de la voûte et obturait complètement la lacune mentionnée plus haut.

Ces malformations du palais osseux ont fait penser à Trélat qu'il s'agissait en réalité, dans les cas de voiles courts, d'une *soudure tardive* des deux *bourgeons palatins* des maxillaires supérieurs, en un mot d'un bec-de-lièvre spontané, guéri pendant les derniers temps de la vie intra utérine ; mais, malgré la réunion des parties osseuses, celles-ci, gênées et retardées dans leur évolution, présenteraient une brièveté caractéristique [1].

Quoi qu'il en soit, voici l'observation de Trélat et les conclusions qu'en tira ce distingué chirurgien.

« Ch. G., serrurier, quarante-trois ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Barnabé, le 16 novembre 1867, pour une ténosite sèche du long extenseur du pouce gauche. De plus, il prononce avec difficulté certaines

1. Cette opinion a été adoptée par son élève Lermoyez, dans le travail déjà cité. Elle est devenue en quelques sorte classique en France. Renne (de Bergerac) et Dieudonné ont cité des exemples analogues où des nouveau-nés présentaient sur la lèvre supérieure une dépression linéaire et une apparence de cicatrice, semblant prouver en effet qu'il y avait eu réunion tardive.

lettres, et parle en nasillant. Chez lui, l'articulation des mots exige le concours des muscles de la face ; il ne peut parler, sans faire des grimaces exécutées par les zygomatiques et les ailes du nez. S'il ouvre la bouche, on aperçoit aisément la paroi postérieure du pharynx à travers l'isthme du gosier qui présente des dimensions plus grandes qu'à l'état normal. Cette disposition résulte manifestement de la brièveté de la voûte et du voile du palais. La longueur de la paroi buccale supérieure, depuis l'arcade alvéolaire jusqu'au bord libre du voile est de 60 à 65 millimètres, soit 32 millimètres pour la voûte palatine et 30 millimètres pour le voile du palais. La longueur de ce dernier repli est à peu près le même qu'à l'état normal ; au contraire la voûte osseuse est notablement plus courte.

« La luette est rudimentaire, constituée par un petit tubercule arrondi déjeté à droite. A la partie médiane du voile et au niveau de sa jonction avec la voûte palatine, est une tache blanche, grisâtre, presque transparente, tranchant sur la coloration rosée qui l'environne ; elle est à bords sinueux, de forme à peu près ovalaire, mesurant à peu près 3 centimètres de hauteur ; elle aboutit en bas à une ligne de même couleur, qui, suivant à peu près le milieu même du voile, vient se terminer à la partie latérale gauche du tubercule qui a remplacé la luette.

« Le toucher digital montre que le bord postérieur de la voûte osseuse est sinueux ; il forme une courbe à concavité postérieure dont le centre correspond à la portion médiane ; c'est cette courbe qui détermine la brièveté antéro-postérieure très prononcée de la voûte.

« Les deux piliers du voile du palais existent, comme

à l'état normal ; le postérieur est cependant moins saillant en dedans, et la loge amygdalienne un peu plus petite que chez les autres sujets.

« Le voile du palais est mobile, s'élève et s'abaisse naturellement ; mais il ne peut parvenir à fermer l'orifice postérieur de la bouche. Quand on porte le doigt à travers l'isthme du gosier, jusque vers la paroi postérieure du pharynx, au lieu de rencontrer le voile tendu comme un rideau, on passe aisément au-dessous de son bord inférieur.

« La déglutition est facile et régulière. Les seuls troubles sont ceux de la phonation ; encore la prononciation est-elle médiocrement vicieuse, et la parole très intelligible. La voix est nasillarde, quel que soit le son émis par le larynx, car les ondes sonores trouvent une entrée plus facile dans les cavités nasales où elles retentissent. Mais certaines consonnes peuvent être prononcées : ainsi S, D, T, Q, K, G dur.

Ces trois dernières sont les plus altérées ; ce sont celles que Fournié nomme glosso-palatines postérieures ; il faut, pour leur émission, que la base de la langue s'applique au voile du palais de façon à fermer l'orifice postérieur de la bouche ; la consonne est alors émise au moment où cette occlusion cesse brusquement. Or, cette condition ne peut être remplie par le sujet de cette observation à cause de l'insuffisance de la paroi supérieure de sa bouche.

« Ce malade n'a jamais eu la syphilis ; il raconte qu'il a toujours eu le timbre nasonné et cette défectuosité de la parole, que l'un et l'autre de ces défauts étaient plus accusés dans son enfance, et que c'est par l'habitude et avec le temps qu'il est arrivé à prononcer des mots dont

l'usage lui était interdit autrefois ; que vers dix ans il se fit examiner par un chirurgien qui lui conseilla de se faire opérer plus tard ; il croit qu'à cette époque il avait une division de son palais. »

Trélat pensa qu'il s'agit dans ce cas, comme nous l'avons mentionné plus haut, d'une division congénitale du voile du palais avec insuffisance de la voûte et qu'il s'était fait spontanément un travail de cicatrisation qui aurait en partie remédié au vice de conformation.

Voici, d'autre part, l'observation de NOTTA, où il y avait échancrure osseuse de la voûte palatine et nasillement

« Melle P., onze ans. La voûte osseuse du palais manque complètement, dans un espace triangulaire, dont le sommet répond, sur la ligne médiane, à la moitié de l'espace qui sépare l'orifice du canal palatin antérieur de l'épine nasale postérieure, et la base, à l'intervalle qui sépare les deux dernières grosses molaires. Tout cet intervalle est rempli par la muqueuse fibro-palatine qui ne présente aucune solution de continuité ; il y a aussi intégrité complète du voile du palais. Seulement la luette, qui est assez courte, est bifide dans toute sa hauteur.

« Quand on explore la bouche de la malade, on constate parfaitement l'existence de cette brèche osseuse dans l'intervalle de laquelle on voit flotter la membrane fibro-muqueuse palatine. Lorsque cette jeune fille parle, la voix est nasonnée et présente le timbre particulier aux individus qui ont une division du voile du palais, à tel point que le caractère de la voix me frappa, et me donna l'idée d'explorer le voile du palais avec la pensée que j'allais le trouver divisé. Pendant la première enfance, l'altération de la prononciation était telle qu'il était difficile de comprendre ce que voulait dire l'enfant.

Aujourd'hui la parole est très intelligible ; seulement le timbre de la voix est encore très altéré. »

Division congénitale du voile du palais. — La coïncidence de la bifidité du voile avec la fente palatine et la fente labiale, c'est-à-dire avec le bec-de-lièvre, est connue depuis une haute antiquité. Les anciens appelaient gueule de loup les cas dans lesquels, l'écartement des parties étant considérable, il y a communication large entre le bucco-pharynx et les fosses nasales, et voici ce que dit Boyer, sur ces malformations.

« Le bec-de-lièvre n'est pas toujours une simple affection des lèvres. Quelquefois la division de la lèvre est compliquée de l'écartement des os maxillaires, dans leur portion palatine, de la saillie plus ou moins considérable des dents incisives et de la partie du bord alvéolaire qui les soutient. Non seulement la portion osseuse de la voûte du palais peut être fendue, mais encore les parties molles et la luette sont quelquefois divisées. Dans l'un et l'autre cas, la cavité des fosses nasales communique avec celle de la bouche. Le mucus découle des premières dans la seconde; les aliments passent en partie dans le nez et sortent par les narines ; la voix est altérée. Quelquefois même la difficulté d'avaler est portée à un degré assez considérable pour que les enfants ne puissent pas prendre la nourriture nécessaire à leur accroissement. Le mal est très rarement porté jusqu'à ce point et presque jamais ce vice de conformation ne nuit à la nutrition. »

Mais, si l'aspect de la déformation et les troubles qu'elle entraîne étaient bien connus, il n'en était pas de même de l'étiologie. L'idée d'une *perte de substance*, un moment généralement admise au xviii[e] siècle, avait été définitivement ruinée par l'argumentation puissante de Louis, l'illustre secrétaire de l'Académie de chirurgie.

L'influence de l'*imagination* de la *mère* sur les différentes malformations fœtales est très ancienne[1] et s'est exercée pour la gueule de loup comme pour les autres anomalies semblables. Elle ne repose que sur des historiettes d'une exactitude plus que douteuse ; cependant, au XIXe siècle, Roux ne la repoussait pas et Martin, de Lyon, citait l'histoire d'une femme qui, ayant vu pendant sa grossesse un lièvre écorché, se mit à craindre que son enfant eût en naissant un bec-de-lièvre ; c'est ce qui arriva en effet. Mais Nicati rapporte aussi le cas d'une femme qui, ayant rencontré un horrible bec-de-lièvre, eut cette peur à chaque grossesse, et n'en mit pas moins au monde quatre enfants bien conformés.

La théorie d'une *altération primitive des germes* est un peu plus plausible. Elle rend assez bien compte de l'influence héréditaire souvent constatée et dont Demarquay, puis Trélat, ont cité des exemples irrécusables[2]. Cependant Bouisson, dans son article « Bec-de-lièvre », en 1868, fait remarquer que cette hérédité ne se constate en somme que d'une façon assez rare. La doctrine de l'épigénèse ou de la formation successive de différents organes de l'embryon est venue du reste porter un coup sérieux à cette doctrine[3].

Les maladies de la mère, surtout les maladies intra-utérines (Cruveilhier, Velpeau), ont été invoquées par quelques auteurs. Ils pouvaient s'appuyer sur les recherches de Morgagni, de Chaussier, de Prochaska, de

1. Lafaye, Dionis s'en firent les champions au XVIIIe siècle.
2. Voir aussi le cas de Billot, ceux du Compendium, de Murray, etc.
3. Cependant, on ne peut s'empêcher de remarquer que le bec-de-lièvre coïncide fréquemment avec l'hydrocéphalie, un état imparfait du crâne ou de la face, un spina bifida, un pied-bot, de telle sorte que la déviation du type normal est plus ou moins généralisée.

Béclard et surtout de Dugès, prouvant que ce facteur étiologique a une véritable influence sur les malformations fœtales.

Les causes *mécaniques* furent aussi incriminées. Jourdain attribuait cette anomalie à une déchirure que le fœtus se serait faite à lui-même en portant ses poings dans sa bouche. Suivant Osiander, le liquide céphalo-rachidien traversant l'ethmoïde exercerait une telle pression sur la membrane qui, au début, constitue la voûte palatine, que celle-ci finirait par se rompre. Tenon, Vrolick, Nicati accusèrent l'excès de développement de la langue qui écarterait mécaniquement les éléments des parois de la cavité buccale, notamment au palais, qui est d'abord peu résistant. Haller admit l'influence des facteurs physiques, mais en la combinant avec celle d'une *imperfection* organique *préalable*. Il pense que l'écartement accidentel des os maxillaires supérieurs peut s'accompagner non seulement de fissure palatine, mais encore de déchirure de la lèvre supérieure.

L'hypothèse d'*adhérences* par des brides amniotiques fut soutenue par Geoffroy Saint-Hilaire, dans sa *Philosophie anatomique*. S'appuyant sur une observation de Nicati, dans laquelle il existait un prolongement tégumentaire, autour duquel une partie du cordon était enroulée, et qui s'y détachait du pariétal droit, il avait admis que le prolongement ainsi tiraillé avait écarté les maxillaires.

Les recherches remarquables de Meckel, du grand poète Gœthe et d'autres encore, sur l'os incisif et le mode de formation de la voûte palatine, firent, dès le début du XIX[e] siècle, accepter l'idée, qui domine encore aujourd'hui, c'est-à-dire l'hypothèse d'un *arrêt de développement*. Paré avait déjà invoqué un défaut de la *force formatrice*.

Harvey, cité par Bouisson, avait eu une définition encore plus exacte de la vérité. « Os ad utramque auriculam hians cernitur ; bucca enim et labia ultimo proficiuntur, utpote partes cutaneœ. In omnibus, inquam, fœtibus (etiam humano) paulo ante partum, oris rictus, sine labiis et buccis, ad utramque aurem protensus, cernitur eamdemque ob causam, nisi fallor, multi nascuntur cum labro superore fisso, quia in fœtus humani formatione superiora labra *tardissime coalescunt*.. » Plus tard, Autenrieth admit que les divisions labiales et palatines résultaient du défaut de rapprochement des os inter-maxillaires avec les maxillaires. Blumenbach vint compliquer la question, en soutenant que la lèvre supérieure et les parties attenantes de la voûte se développaient par trois points. Meckel admit que celle-ci, ainsi que la lèvre supérieure, était normalement fendue chez le fœtus et que le bec-de-lièvre, compliqué ou non de gueule de loup, n'était que la persistance d'un état primitif. Blandin, puis Geoffroy Saint-Hilaire admirent les idées de Blumenbach et prétendirent même que la lèvre supérieure se développait par quatre points. Les travaux de Rathke, puis de Reichert, en établissant d'une façon exacte le mode de formation de la cloison qui sépare les fosses nasales de la cavité buccale, ceux de Coste, en France, sur le même sujet, confirmèrent entièrement les vues géniales de Gœthe sur l'existence de l'os inter-maxillaire et lui firent dès lors jouer un grand rôle dans la pathogénie de la malformation.

Staphylorrhaphie. — Les troubles dysphagiques graves déterminés par cette malformation, pouvant aboutir à la mort par inanition, avaient porté les chirurgiens de l'époque, à remédier par l'autoplastie du voile aux

désordres observés. Disons comment fut inventée la staphylorrhaphie et quelles furent ses principales variantes.

Quelque naturelle que fut l'idée de remédier par la réunion des deux bords de la fente staphylienne à la dysphagie que celle-ci détermine, ainsi qu'au nasillement si désagréable de ceux qui en sont atteints, les tentatives dans ce sens sont relativement très récentes. Ni Roland, ni Harnemånn, ni Tenon, célèbres chirurgiens du XVIII[e] siècle, qui décrivirent avec soin cette malformation, n'indiquent le moindre traitement chirurgical. Cependant, dans son mémoire « sur différents objets de médecine » publié en 1764, Robert, docteur régent de la Faculté de Paris, rapporte l'observation suivante qui a trait évidemment à la staphylorrhaphie. « Un enfant avait le palais fendu, depuis le voile jusqu'aux dents incisives. M. Lemonnier, très habile dentiste, essaya avec succès de réunir les deux bords de la fente. Il fit d'abord plusieurs points de suture pour les tenir rapprochés, et les rafraîchit ensuite avec l'instrument tranchant. Il survint une inflammation qni se termina par suppuration, et fut suivie de la réunion des deux lèvres de la plaie artificielle. L'enfant se trouva parfaitement guéri. » Velpeau remarque à ce sujet : « Un enfant, une fente, la suture, l'avivement, le rapprochement, la guérison, tout cela, malgré les expressions un peu vagues de Robert, ne permet guère de douter que son dentiste ait véritablement eu recours à la staphylorrhaphie et non point à la suture d'une simple perforation de la voûte palatine. »

Quant à Colombe, « les tentatives qu'il affirme, dit Velpeau, avoir faites, dès l'année 1813, sur le cadavre et voulu répéter, en 1815, sur un malade qui s'y refusa, n'ont pas été connues du public. » En défini-

tive, l'opération n'entra dans le domaine de la pratique, que, grâce à DE GRAEFE et à ROUX qui en vulgarisèrent l'emploi auprès du public médical. Le premier cautérisa, en 1816, chez un malade, les bords de la fente avec un caustique, puis en entreprit la suture, mais il eut un échec, tandis que Roux eut un succès. Le sujet de cette intervention heureuse était un jeune médecin anglais, le docteur Stephenson, qui fit connaître lui-même sa guérison, dans une thèse soutenue à Londres, en 1821. Roux aurait été pris, en examinant la malformation dont il était atteint, d'une inspiration subite et comme divine et il aurait appliqué, pour ainsi dire séance tenante, son procédé inventé ainsi de toute pièce. Il renouvela peu après, à différentes reprises, cette intervention, où il acquit bientôt une telle habileté et une telle réputation que, lors de la publication du *Traité de médecine opératoire* de Velpeau, le nombre de ses staphylorrhaphies se montait à une centaine. Un an après la soutenance de la thèse de Stephenson, le célèbre chirurgien ALCOCQ faisait connaître une intervention heureuse du même genre. C'est alors que les compatriotes de de Græfe rappelèrent son article du journal de Huafeland, paru en 1817, et dans lequel il racontait sa tentative infructueuse, mais intéressante. Roux eut bientôt, outre Alcocq, de nombreux imitateurs, dont nous empruntons à Velpeau l'énumération : « M. Jousselin, de Liège, a obtenu deux succès et M. Beaubieu un troisième. M. Caillot, de Strasbourg, en a fait connaître un quatrième, et en 1828, M. Jules Cloquet, un cinquième ; M. Morisseau en a publié un sixième, obtenu par lui à Sablé, chez une jeune fille de vingt ans. Bonfils en a communiqué un autre, vers le même temps, à la Société de médecine pratique de Paris. MM. Smith,

Hosack, Stevens, Warren en Amérique; M. Dieffenbach et d'autres, en Allemagne, MM. Philippart, Bérard, Thierry, Baraduc, en France, n'ont eu qu'à s'en louer ».

Le procédé de Roux ne tarda pas à être perfectionné par Bérard, Sédillot, Trélat, en France, par Dieffenbach et Langenbeck, en Allemagne, par Smith et Fergusson, en Angleterre, etc. Cependant, comme sa méthode a un grand intérêt historique et que les modifications de ses successeurs n'ont une importance que secondaire, nous croyons devoir emprunter au *Traité de médecine opératoire* de Malgaigne, sa description détaillée.

L'appareil se compose : 1° de trois ligatures un peu larges, aplaties, formés de trois ou quatre brins de fil un peu fort; 2° de six petites aiguilles courbes et plates dans toute leur longueur, enfilées à deux pour chaque ligature; 3° d'un porte-aiguille ; 4° de pince à pansement; 5° d'un bistouri boutonné ; 6° de ciseaux à branches très longues et dont les lames assez courtes sont coudées en angles obtus sur l'un des côtés.

« Le sujet, assis en face du jour, la bouche naturellement ouverte ou écartée à l'aide d'un coin de liège, selon qu'on peut ou non se fier à sa docilité, le chirurgien saisit avec les pinces le bord droit de la division, prend les pinces de la main gauche, et de la droite conduit dans le pharynx le porte-aiguilles armé d'une aiguille dont la pointe regarde par conséquent en avant. On ramène la pointe de cette aiguille sur la face postérieure du voile du palais de manière à le traverser d'arrière en avant, près de son extrémité inférieure et à trois lignes et demie ou quatre lignes environ du bord de la division. Pour enfoncer l'aiguille, on attend que les parties soient en repos; puis, la perforation étant faite, on fait saillir le

plus possible la pointe de l'aiguille en avant, on la saisit là avec les pinces, et, faisant lâcher prise au porte-aiguilles, on ramène dans l'intérieur de la bouche l'aiguille entraînant avec elle le bout de la ligature dont elle est enfilée. Cette manœuvre est longue est fatigante, et il convient de laisser après au malade quelques instants de relâche, durant lesquels il puisse fermer la bouche, cracher et respirer à son aise. On passe ensuite de la même manière l'autre bout de la ligature à travers le côté gauche du voile du palais et on en fait pendre les deux extrémités en dehors des commissures labiales. Puis, on place une seconde ligature en haut, à peu près au niveau de l'angle d'union des deux moitiés du voile palatin, et une troisième précisément au milieu de l'intervalle qui sépare les deux autres.

« Les ligatures étant placées, on en abaisse les parties moyennes vers le pharynx pour ne pas être exposé à les couper en excisant les bords de la division, et l'on procède à ce second temps de l'opération.

« On saisit donc le bord gauche de la fente, tout à fait en bas, avec les pinces à anneaux et on le met dans un état de tension favorable au jeu de l'instrument. On commence l'avivement de ce bord avec les ciseaux coudés ; puis avec le bistouri droit boutonné placé en dehors des pinces, le dos tourné vers la base de la langue et qu'on fait agir en sciant de bas en haut, on détache un lambeau également épais d'une demi-ligne environ dans tous les points de son étendue. On a bien soin de prolonger un peu ce lambeau jusqu'un peu au-dessus de l'angle d'union de la scissure, en le tenant fixé avec les pinces jusqu'à la fin de cette division. On en fait autant du côté opposé, en joignant les deux plaies l'une à l'autre,

sous un angle très aigu au-dessus de l'angle d'union indiqué.

« Il ne reste plus qu'à serrer les ligatures. On commence par la plus inférieure avec laquelle on fait d'abord un premier nœud simple ; après l'avoir serré suffisamment, à l'aide des doigts indicateurs, on le fait saisir avec les pinces à anneaux pour qu'il ne se relâche point, jusqu'au moment où l'on aura serré l'autre. On opère de même sur les deux ligatures supérieures, en portant à dessein la constriction tant soit peu au delà du degré rigoureusement nécessaire pour mettre en contact immédiat les bords de la division. Enfin, avec les ciseaux, on retranche près du nœud les deux bouts de chaque ligature désormais inutile.

« Il n'y a nul pansement à faire ; mais le malade doit garder le silence le plus absolu, ne prendre ni aliment, ni boisson ; s'abstenir même, autant que possible, d'avaler sa salive qu'il faut rejeter dans un vase ou dans un mouchoir à mesure qu'elle est produite ; éviter soigneusement tout ce qui pourrait provoquer la toux, le rire, l'éternuement, en un mot tout ce qui tend à ébranler le pharynx et le voile du palais. Du troisième au quatrième jour, on peut ôter une à deux des ligatures supérieures ; l'inférieure doit rester en place un ou deux jours de plus. Si la réunion avait manqué par en haut, ce qui arrive fréquemment lorsque la fente se prolonge sur la voûte palatine, on pourrait, ou bien attendre l'oblitération de l'ouverture des bienfaits du temps, ou la favoriser en touchant les bords avec la pierre infernale (Roux) ou le nitrate de mercure (J. Cloquet) ».

Malgaigne fait les reproches suivants à la méthode de Roux.

« Ce procédé offre quelques inconvénients qu'il importe de signaler et d'éviter.

« Le premier temps exige trois conditions essentielles au succès : 1° que les points de sutures soient placés à la même hauteur sur chaque côté de la division ; 2° que les intervalles qui les séparent soient à peu près égaux; 3° qu'ils soient à une distance convenable de la fente palatine. On conçoit, en effet, que si la première condition est omise, l'un des côtés de la fente sera inégal et plissé tandis que l'autre sera tendu. Si, d'autre part, on éloigne trop les points de suture, les bords de la division bâilleront dans l'intervalle, et la réunion par première intention sera compromise; enfin, si les fils sont passés trop loin des bords de la division, on ne pourra les serrer assez pour opérer le parfait contact sans causer un tiraillement excessif du voile du palais, une douleur et une inflammation qui pourraient nuire au travail d'adhésion : trop près, au contraire, ils déchireraient les parties molles enfermées dans l'anse avant que la réunion soit complète, accident grave et qui constitue l'une des causes les plus fréquentes d'insuccès de la staphylorrhaphie.

« On voit donc de quelle importance il est de passer les aiguilles dans un point bien déterminé du voile du palais. Or cela est presque impossible par le procédé ordinaire qui, enfonçant les aiguilles d'arrière en avant, en cache la pointe à l'opérateur.

« Les ligatures posées, il faut aviver les bords de la division, manœuvre fort difficile dans le procédé Roux. En effet, quelque soin que l'on prenne de tendre et de porter en bas et en dedans chaque moitié du voile du palais, on éprouve toujours beaucoup de peine à faire

une section nette et égale, quand on commence par le bord libre du voile, les parties molles que rien ne retient en bas fuient devant le tranchant. Quelquefois la partie inférieure du lambeau se déchire ou est entièrement coupée, avant que la section ait atteint l'angle de la division. Si, au lieu du bistouri, on emploie les ciseaux, on est exposé à couper les fils, accident qui est arrivé aux plus habiles opérateurs. »

Modifications aux procédés de Roux. — La béance de l'ouverture buccale était obtenue primitivement à l'aide d'un coin en liège glissé entre les dernières molaires. Smith imagina un *écarteur* beaucoup plus sûr, formé de deux tiges métalliques réunies, en bas, par une plaque reposant sur la langue. Chaque tige portait en son milieu une articulation qui permettait de la redresser, et son extrémité supérieure, garnie de plomb, prenait appui sur les dents. L'instrument était introduit fermé dans la bouche, puis les tiges redressées au moyen d'une claie ou d'une crémaillère, écartaient les mâchoires. Une courroie, passant derrière la tête, maintenait l'appareil en place.

L'*avivement* est nécessaire, comme on le sait, pour détruire l'épithélium qui recouvre les bords de la fente et transformer ceux-ci en une surface cruentée capable de se souder avec les parties voisines. A l'étranger, on se passait volontiers de l'instrument tranchant. De Graefe s'était servi de la potasse caustique, Ebel, de la teinture de cantharides, Warnecke, de la pierre infernale, Deniges, du fer chaud; mais la supériorité des instruments tranchants ne tarda pas être démontrée. Roux et ses successeurs immédiats se servaient des ciseaux, commodes et rapides. Avec des pinces à pansement un peu concaves, on tendait bien entendu, au préalable, les parties, en

saisissant les deux moitiés de la luette près de leur extrémité libre. Mais quelques chirurgiens, notamment Velpeau, préférèrent le bistouri qui fait une section plus nette et se manie aisément dans la cavité buccale. Enfin, craignant d'avoir le champ opératoire inondé de sang et par conséquent peu visible pour le passage des fils après ledit avivement, quelques-uns recommandèrent de ne procéder à ce dernier qu'après avoir disposé d'abord les ligatures.

La *pose des fils* étant très difficile avec le procédé de Roux, Bérard songea à simplifier ce temps de l'opération. On sait que Roux, tenant le porte-aiguille de la main droite pour opérer du côté droit, et de la main gauche, pour opérer du côté gauche, se servait de l'autre main pour abaisser la langue et écarter la commissure des lèvres. Alors, il traversait le voile d'arrière en avant et un aide saisissait avec une pince à pansement la pointe qui se présentait. Un autre aide faisait lâcher prise au porte-aiguille et l'on ramenait l'aiguille avec son fil, ce même fil portant à l'autre extrémité une aiguille que l'on engageait à travers le bord opposé du voile du palais de la même manière. Ces traumatismes successifs irritaient le voile, l'incitaient à se contracter, de telle sorte que l'opérateur avait peine à saisir le temps favorable pour enfoncer l'aiguille. D'autre part, le champ opératoire restant un peu obscur et étant fréquemment inondé de sang, il était difficile de placer régulièrement et à égale distance les uns des autres et des bords de la fente les fils à poser. « Ce fut pour remédier à ces inconvénients, dit Bérard, que je proposai en 1834, dans un mémoire inséré aux *Archives de médecine*, de piquer le voile du palais *d'avant en arrière*. Les instruments dont

je me servais alors étaient à peu près les mêmes que ceux de M. Roux. L'aiguille recourbée, enfoncée d'avant en arrière, venait présenter sa pointe dans la fissure, où un aide la saisissait, pendant qu'un autre dégageait le porte-aiguille; seulement il fallait deux fils différents pour chaque suture. L'un de ces fils passé dans l'anse de l'antre, servait ensuite à ramener ce dernier en avant pour faire ensuite le nœud commodément. M. de Villemur modifia bientôt ce procédé, en imaginant un porte-aiguille, muni d'aiguilles élastiques qui se recourbaient après avoir traversé le voile et ainsi se trouvaient beaucoup plus faciles à saisir.

« C'était avoir fait faire un grand pas à la staphylorrhaphie, que d'avoir trouvé le moyen de piquer le voile du palais d'avant en arrière, car de cette façon le chirurgien voyait mieux ce qu'il faisait et agissait plus sûrement; mais l'expérience vint bientôt démontrer que ce progrès était encore insuffisant. Il fallait aussi *fixer* le voile du palais; sans cela l'exécution de ce temps offrait encore bien des difficultés, ainsi que Velpeau et moi-même l'avons éprouvé plusieurs fois. M. Sotteau essaya le premier, en 1839, de bien satisfaire à cette dernière indication au moyen d'un instrument qui saisissait le voile du palais comme dans une sorte de pince, en même temps qu'il le piquait; seulement Sotteau revint à l'ancien inconvénient, il piquait d'arrière en avant. Fauroÿtier, Bourgougnon et Depierris imaginèrent bientôt de nouveaux instruments qui remplissaient parfaitement la double indication de fixer le voile et de le traverser d'avant en arrière. Je n'entreprendrai pas de décrire ici ces instruments; d'abord cette description m'entraînerait trop loin et ensuite elle ne ferait comprendre que très incom-

plètement le mécanisme de chacun d'eux ; il faut les avoir sous les yeux pour saisir vite et aisément la manière dont ils fonctionnent. Je dirai seulement que parmi les instruments, celui de Depierris mérite certainement la préférence ; car l'aiguille dont il est muni traverse bien le voile du palais d'avant en arrière ; mais elle va chercher le fil en arrière pour le ramener ensuite en avant et de cette manière il devient inutile d'avoir deux fils pour chaque point de suture, un seul suffit. »

Tous ces instruments tendirent à être remplacés par l'aiguille de Trélat, dont cet auteur se servit d'abord pour effectuer l'uranoplastie. Elle est montée sur un manche de longueur convenable ; le chas se trouve aussi près que possible de sa pointe, qui est recourbée de manière à revenir parallèlement à la tige. Quand on veut y placer des fils, l'aiguille introduite dans la solution de continuité du voile est dirigée de telle sorte que sa pointe vienne s'appliquer sur la face supérieure de l'un des lambeaux à quelques millimètres en dehors du bord correspondant. En tirant l'aiguille à soi, on lui fait traverser de haut en bas le lambeau. La pointe apparaît dans la bouche et, après avoir introduit un fil dans le chas, on ramène celui-ci au-dessus du lambeau. On fait tourner l'aiguille de façon à amener sa pointe sur le deuxième lambeau qu'elle traverse de haut en bas, pour faire saillie dans la bouche avec le fil. On dégage alors celui-ci, l'aiguille est retirée et les deux bords de la fente staphylienne sont réunis par une anse de fil.

Pour opérer la *constriction des points de suture*, tantôt on nouait les fils (Roux faisait deux nœuds successifs, tantôt on maintenait ceux-ci en engageant leurs extrémités dans un petit tube de plomb, qu'on amenait jus-

qu'aux bords affrontés de la fente staphylienne. On l'écrasait alors avec des pinces. Plus tard on se contenta, lorsque les fils métalliques d'argent, fins et souples, eurent définitivement remplacé les fils de chanvre, de pratiquer la torsion de ces fils soit avec des pinces, soit avec un petit instrument connu sous le nom de serre-fils et dont on a commencé à se servir dans l'opération de la fistule vésico-vaginale.

Staphyloplastie. — Le procédé classique de Roux n'est pas possible dans tous les cas. Si les lambeaux circonscrivant la fente sont trop étroits, ou si même il y a eu atrophie, on doit recourir à ce que Velpeau appelait la staphyloplastie. « Après avoir avivé, dit-il, les bords de la fente primitive et les avoir réunis par la suture, Dieffenbach pratique de chaque côté une longue incision pour relâcher les tissus. Roux, procédant d'abord de la même façon, coupe ensuite *transversalement* chaque moitié du voile du palais, près de la voûte osseuse. Il était dès lors facile d'entraîner l'un vers l'autre, quel qu'en soit le degré d'écartement, les deux côtés de ce voile.

Mais c'est le procédé plus perfectionné de Sédillot qui est resté dans la pratique. Il s'appuie essentiellement sur le principe des sections musculaires. Comme Fergusson, il coupe les muscles péristaphylins internes et externes pour immobiliser le voile du palais, ce qui assure le succès de l'opération. Il pratique cette section de chaque côté à dix millimètres en dehors et au-dessus de la base de la luette, puis il s'attaque aux piliers antérieurs et postérieurs, qu'il tranche vers le milieu de leur hauteur. Enfin il exécute les points de suture sur cet organe devenu immobile.

La staphylorrhaphie n'était jamais pratiquée chez les enfants très jeunes ou débiles. On s'abstenait tant qu'il y avait une affection provoquant de la toux. De même, quand les amygdales étaient très hypertrophiées, on regardait cela comme fâcheux, à cause de la gêne opératoire qui en résultait et de la possibilité d'accidents inflammatoires secondaires.

Enfin la formation d'un voile artificiellement créé au moyen de lambeaux empruntés au voisinage fut tentée par Bonfils, chirurgien de Nancy, qui disséqua sur la moitié postérieure du plafond de la bouche un lambeau qu'il détacha d'avant en arrière et qu'il fixa sur les bords de l'échancrure de l'isthme. Le succès ne fut que partiel à cause de la rétraction consécutive. Velpeau repoussait les tentatives de ce genre, non à cause de l'hémorragie qu'on peut toujours maîtriser, mais à cause de cette déformation ultérieure et de la menace de gangrène.

---

c) Malformation par hétérotopie fœtale

La présence d'un fœtus plus ou moins développé dans la cavité du pharynx est signalée dans l'observation très curieuse de Legroux [1]. Il s'agit d'un nouveau-né, qui présentait un état asphyxique marqué et une très grande gêne de la respiration. Or, en ouvrant la bouche de l'enfant, on constata à l'intérieur de celle-ci une grosse tumeur qui comblait en partie l'isthme du gosier. Elle avait la grosseur d'une pomme d'api ; elle s'insérait sur le pilier droit par un pédicule assez gros. Richard en pra-

1. Voir, à l'index, quelques cas allemands et anglais semblables.

tiqua aussitôt l'extirpation. Or, à l'intérieur, on trouva, au milieu des pelotons graisseux, de petites masses cartilagineuses, dont quelques-unes présentaient des points d'ossification. Au centre de cette espèce de *kyste dermoïde*, existait une cavité renfermant un liquide filant, visqueux, incolore, tapissée par une membrane revêtue d'un épiderme et ressemblant à la peau d'un nouveau-né; à son intérieur, se trouvaient des glandes sébacées, des glandes sudoripares, du tissu élastique et du tissu lamineux. Elle était nourrie par des vaisseaux d'apparence normale, mais peu abondants. Les nerfs étaient absents.

VIII. — CAVUM

Rhinoscopie postérieure, végétations adénoïdes

Confondu par les anciens avec les fosses nasales et par les modernes depuis Vésale, avec le pharynx et constituant en réalité une région intermédiaire le cavum a été longtemps, à cause de sa situation reculée, en dehors des investigations cliniques. Caché en avant par les fosses nasales très profondes, en arrière par la colonne vertébrale, sur les côtés par l'énorme épaisseur des parties latérales du cou, en haut par le crâne, il n'était accessible que par le bas. Et cependant, malgré des conditions défavorables, puisque le voile masque en grande partie sa cavité et que la gorge n'est éclairée que d'une façon incomplète et partiellement par les moyens habituels, il est remarquable de constater combien ont été précoces, au début du XIXe siècle, les tentatives pour explorer, autrement que par le doigt, le cavum dont on prévoyait déjà l'importance[1].

1. En effet, la description des prétendues maladies de la luette, auxquelles les anciens prêtaient tant de gravité, renfermait plus d'un trait des affections rhino-pharyngées (voir volumes I et II). D'autre part, la propagation des rhinites au pharynx et vice versa ne pouvait évidemment se faire que par l'intermédiaire de cette petite région. Hippocrate lui faisait déjà jouer un certain rôle de transmission dans le catarrhe ; dans la grippe,

C'est pour le larynx que primitivement les inventeurs créèrent leurs instruments ingénieux et c'est un miroir laryngien qui a permis, tout d'abord, la rhinoscopie postérieure; mais il ne faut pas oublier que, dès cette époque, plusieurs mentionnèrent, avant Czermack et Türk, la possibilité d'éclairer d'une façon convenable le cavum. Ce fut le cas notamment de Bozzino, de Francfort, et si Babington et Senné, en 1829, ne se préoccupent que de l'organe vocal, ainsi que Trousseau et Belloc en 1837 et Liston en 1840, Baumès, de Lyon, poussera plus loin ses prétentions.

Lorsque le miroir laryngé de Garcia eut attiré l'attention de Czermack, cet illustre spécialiste songea à employer pour le cavum un mode d'exploration qui lui donnera, comme pour le larynx, d'aussi précieux résultats. Dans différentes publications qui parurent rapidement, à partir de 1858, il sembla croire à la nécessité de relever le voile du palais à l'aide d'instruments spéciaux. Ceci compliquait la technique et fit que la rhinoscopie, semblant demander une grande complexité de manœuvres, n'eut pas d'abord tout le succès qu'elle méritait. Türck, l'émule de Czermack, dont il eut le tort de méconnaître les droits évidents à la priorité, alla jusqu'à dire que le nouveau mode d'exploration était impossible et l'impression dans le public médical fut en somme défavorable. Mais peu après, Semeleder et Voltolini montrèrent qu'on pouvait se passer du releveur staphylin, et par conséquent, qu'il était loisible de pratiquer la rhinoscopie, sans plus grande complication que la laryngoscopie. Türck, revenant sur ses impressions, publia sur la rhinoscopie un excellent travail, où sont notés des cas de catarrhe, d'ulcérations syphilitiques, de polypes.

Voltolini perfectionna, du reste, bientôt le miroir destiné à l'exploration du cavum. Il le rapetissa et élargit la tige en forme de spatule noircie à sa face supérieure. Il souda cette tige au miroir sur une inclinaison voisine de celle de l'angle droit. D'autres observateurs préférèrent recourber le manche. La forme ronde fut généralement adoptée.

On ne pouvait cependant se dissimuler que la rhinoscopie était, en somme, d'une exécution plus malaisée que la laryngoscopie et le public médical, exagérant encore ces difficultés, s'imagina que l'éclairage du cavum n'était réellement pas pratique ou ne pouvait être effectué que par des spécialistes d'une grande habileté, tels que Czermack, Türck, Voltolini ou Semeleder. Ceux-ci, sans se décourager, accumulaient, cependant, les observations sur le catarrhe chronique du cavum, sur les ulcérations rhino-pharyngées, sur les excroissances polypeuses qu'on y rencontre parfois. Mais, comme ces observateurs n'opéraient guère que chez les adultes, les lésions adénoïdiennes, les plus importantes peut-être du cavum, leur échappèrent presque complètement. Pas tout à fait cependant, car, en on sut plus tard combien la chose était fréquente. On se rendit compte aussi de l'obstruction du cavum lorsque le tissu adénoïdien de la gorge prenait un développement outre mesure; on supposait, bien entendu, qu'il s'agissait de l'amygdale palatine remontant en arrière et en haut et venant obstruer mécaniquement l'orifice de la trompe, d'où surdité. Mais, lors des cas de tumeurs naso-pharyngiennes, les chirurgiens s'étaient efforcés déjà d'explorer le cavum par le toucher pour reconnaître par exemple la base d'implantation.

1860, Czermack observa sur la voûte pharyngée, tout près de l'orifice de la trompe, deux petites tumeurs dont l'une « ressemblait un peu à une crête de coq ». En 1865, Voltolini signala sur la paroi supérieure des saillies en forme de stalactites. La même année, Löwenberg publia trois observations bien authentiques de végétations adénoïdes. Or il ne faut pas oublier que ce n'est qu'en 1868 que Willhelm Meyer observa pour la première fois celles-ci, non pas avec le rhinoscope, mais grâce au toucher digital et que ce ne fut que l'année suivante que Michel, de Cologne, contribua beaucoup à les vulgariser en reprenant à nouveau le sujet. Chose remarquable, Löwenberg qui avait recueilli trois observations à Paris, de 1863 à 1865, s'était surtout préoccupé du rôle de ces végétations dans la pathologie de l'oreille. Ses tumeurs extirpées furent soumises à un examen microscopique approfondi. Il reconnut qu'il s'agissait de tissu adénoïde recouvert par un épithélium pavimenteux stratifié en certains points, cylindrique dans d'autres. Comme on le voit, Löwenberg avait reconnu non seulement le siège des végétations adénoïdes, leur rôle dans la surdité, mais encore il avait su distinguer leur véritable nature. Mais il n'avait pu, et pour cause, signaler l'extrême fréquence de ces végétations, les grandes proportions qu'elles peuvent prendre et les conséquences qui peuvent résulter pour le nez de cette obstruction du cavum. Le travail de Meyer, assez complet sur ce point, devait davantage attirer l'attention des contemporains, et, comme ceux-ci n'étaient pas plus au courant que lui sur l'historique, c'est Meyer qui a passé, et qui passera probablement toujours, pour avoir découvert le premier ces lésions morbides.

Cet auteur avait rencontré souvent dans sa pratique des durs d'oreilles qui respiraient mal et prononçaient mal; ils inspiraient par la bouche et avaient une voix blanche sans timbre, sans pouvoir prononcer les nasales; parfois ceci se rencontrait aussi chez des non-durs d'oreilles, mais ils le devenaient facilement par exemple à la suite d'un refroidissement. Ces différents phénomènes présentaient une liaison évidente. Cette surdité était le plus souvent déjà ancienne quand les malades tombaient sous l'examen médical; elle s'était développée progressivement. Or le cathétérisme des trompes donnait un résultat bien propre à attirer l'attention; on pénétrait avec difficulté, mais subitement dans la caisse quand on y insufflait de l'air et, d'autre part, cette insufflation était accompagnée de gargouillement pharyngé, comme à travers du mucus épais; parfois même il s'échappait par les narines des sécrétions entourant le cathéter quand on le retirait. Ce cathétérisme donnait des effets surprenants, surtout quand la surdité n'était pas ancienne; mais les troubles auditifs revenaient ensuite rapidement à leur point primitif; la muqueuse nasale était épaisse le plus souvent et suintante. Cependant il y avait assez de place dans le nez pour qu'il n'y eut pas cette respiration buccale, ce timbre de voix particulier et la difficulté pour prononcer certaines lettres. Les amygdales palatines paraissaient, il est vrai, volumineuses, leur ablation améliorait la voix et un peu l'audition; mais l'ensemble restait en état. Le voile se montrait habituellement un peu gonflé et la paroi postérieure du pharynx épaissie avec ou sans granulations; et si le

traitement apaisait le gonflement, il n'y avait pas d'amélioration des symptômes précédemment observés; l'obstacle siégeait donc dans le cavum chez un malade atteint depuis longtemps des troubles sus-nommés et qui avait été inutilement traité. Willhelm Meyer pratiqua le palper digital avec l'index et, au lieu de rencontrer un espace vide comme il s'y attendait, sentit des masses pâteuses au-dessus du voile, analogues à un ver attaché en haut et mobile sur le côté, qui recouvraient en arrière le septum et les choanes. Il les rencontra assez souvent depuis chez d'autres malades et les appela végétations du cavum. Il les constata dans tous les cas où la voix, la respiration et la prononciation présentaient les troubles énoncés plus haut; la sensation de corps étranger semblait rarement exister, la sécrétion d'un mucus abondant, gras et visqueux était plus fréquente. Les glaires suivaient la paroi du pharynx; souvent les malades avaient du sang dans la bouche le matin en s'éveillant, liquide ou coagulé; cette bouche bée donnait au malade un aspect étonné caractéristique, le nez présentait aussi une étroitesse pathognomonique. Ceci s'observait dans les cas intenses, mais les phénomènes précités pouvaient être très peu accusés, et il a vu des cas de surdité analogues à ceux qu'il a observés et qui cependant ne présentaient pas de végétations adénoïdes dans le cavum. Meyer fait à ce sujet une description attentive de celui-ci. L'auteur recommande le toucher digital dont il donne la technique.

Comme variétés de végétations, il décrit : 1° la végétation en peigne (molle et dure, cette dernière pouvant avoir un siège latéral et des rapports étroits avec le pavillon de la trompe); 2° en languette (voûte ou pavillon de la trompe, en masses cylindriques, dures ou molles ou spongieuses); 3° plate en arrière, près de la fossette ou près du pavillon. L'examen histologique prouverait qu'il s'agit du tissu adénoïde, la rhinoscopie postérieure serait insuffisante pour découvrir le mal parce qu'elle est mal supportée si elle l'est; son utilité serait cependant incontestable pour préciser le diagnostic.

DEUXIÈME PARTIE

Coup d'œil synthétique sur les diverses maladies du pharynx, dans les deux premiers tiers du XIXe siècle.

I. — ANGINE SIMPLE AIGUË

La vieille compréhension du terme angine, qui, comme synanche, en grec, signifie en latin étrangler, continua à être acceptée par la majorité des auteurs, du moins dans toute la première décade du XIXe siècle [1]. L'ambiguïté de cette appellation suscita quelques opposants parmi lesquels Roche, Valleix qui préconisèrent le mot pharyngite comme plus net et plus explicatif [2]. Du reste, la séparation des angines en deux grandes classes : maladies gutturales et maladies laryngées, déjà nettement esquissée à la période gréco-romaine, notamment dans Galien, et accentuée de plus en plus au XVIIIe siècle, était devenue, dès le début de la période que nous étudions, classique.

Comme nous l'avons dit plus haut, toute une série d'espèces morbides se séparèrent, à l'époque que nous

1. Voir volume I pour les anciens et pour le XIXe siècle, p. 12 et 14. Dans le *Dictionnaire en 60 volumes*, on admet des angines pouvant occuper soit les voies digestives, soit les voies respiratoires. On distingue nettement ces deux variétés. C'est de la confusion inhérente à ce terme d'angine qu'est dû son emploi à une affection toute différente, l'angine de poitrine, parce que celle-ci s'accompagne d'une forte oppression.

2. Voir *Dictionnaire en 15 volumes*, article Angine, et volume IV, p. 44.

étudions, de l'angine aiguë proprement dite [1] : angine herpétique, rhumatismale, érysipélateuse, gangreneuse vraie, diphtérique, sans compter la phlegmoneuse qui en avait été depuis longtemps distinguée anatomiquement et cliniquement. Bien qu'ainsi démantelée, l'angine simple aiguë était encore bien trop compréhensive pour n'avoir point à subir quelques divisions. Les unes furent basées comme autrefois sur la topographie. C'est ainsi que Lasègue, par exemple, distingue soigneusement l'isthmite et la pharyngite [2]. En effet, cette dernière, bien qu'elle soit souvent une simple propagation de l'amygdalite, par exemple, résulte bien fréquemment aussi d'une rhinite ou d'une adénoïdite, laissant indemne les tonsilles palatines, au moins dans beaucoup de cas. L'isthmite pouvait, disait-on, être totale ou partielle, c'est-à-dire occuper isolément le voile, les amygdales ou la base de la langue (glossite de la base [3]). La pharyngite à son tour se répartissait en supérieure [4] et en inférieure, suivant le siège qu'elle occupait. Rappelons ici que Sachse avait décrit, vers 1820, de véritables épiglottites de la face antérieure du cartilage.

La forme catarrhale [5] avait été depuis longtemps mise

1. Cette tendance est visible dans Boerhaave et Sauvage (voir volume II). Pinel, au contraire, s'était montré uniciste (Voir p. 12 et 14).

2. Voir *Traité des angines* : angine simple.

3. Cette division des angines, basée sur la topographie des lésions, remonte à la période gréco-romaine. Alliée à d'autres éléments, elle constitue encore la base fondamentale des classifications diverses adoptées par les auteurs de la période arabe, médiévale et moderne. (Voir les volumes I et II).

4. La pharyngite supérieure était notre pharyngite ordinaire, la pharyngite inférieure l'inflammation non visible, supposée placée dans la partie la plus inférieure de l'organe. Dès le moyen âge, on avait signalé des cas dans lesquels de graves lésions inflammatoires ou ulcéreuses seraient survenues en cette région.

5. L'idée du catarrhe caractérisé par l'existence d'une réaction inflam-

en contraste avec la forme inflammatoire parenchymateuse. Les Allemands surtout insistèrent sur l'importance de la profondeur des lésions, superficielles dans un cas, interstitielles dans l'autre, distinction sur laquelle, suivant Bamberger, reposerait la pathologie pharyngée tout entière. Une autre classification, basée sur l'anatomie pathologique, était celle des angines érythémateuses sèches et des angines sécrétantes, des angines rouges et des angines blanches, des angines œdémateuses[1]. Cliniquement, Rilliet et Barthez s'étaient contentés de diviser les angines simples aiguës en bénignes et en malignes. A ce propos, disons que les épidémiologistes avaient depuis longtemps remarqué qu'aux époques, où sévissait la diphtérie par exemple, certains sujets, dans des foyers familiaux, ne contractaient qu'une phlegmasie d'apparence vulgaire ; de là l'idée émise par beaucoup de bons auteurs, notamment par Trousseau, que celles-ci pouvaient être l'équivalent de la diphtérie classique, qu'elles pouvaient transmettre du reste sous ses formes habituelles. Pour expliquer certaines variétés inflammatoires violentes, ataxiques, adynamiques, septiques, aboutissant souvent à la gangrène, si le mal avait le temps d'évoluer, certains admettaient qu'au facteur morbide ordinaire s'en ajoutait un autre, élément de malignité

matoire modérée et d'une sécrétion abondante est aussi ancienne que la médecine. Son origine humorale (Hippocrate, Galien) est bien connue ; au XVIIIe siècle, l'école de Vienne (Hoffmann, Stoll) lui donnèrent un regain de vie. Pour beaucoup, l'angine catarrhale n'était que l'angine légère. D'autres attribuèrent la plupart des phénomènes de cette nature à la grippe.

1. Les angines œdémateuses signalées par Boerhaave, Cullen, Moutard-Martin (p. 14) et quelques autres, furent étudiées ensuite, vers 1850, en Allemagne, et regardées comme une entité morbide spéciale, tandis que d'autres y voyaient une variété spéciale d'angine pituiteuse (catarrhale), dont elles constitueraient une sorte de déviation par exagération. Plus tard, on verra surtout dans l'œdème pharyngé un trouble angionévrotique apparenté à l'urticaire (Lasègue).

qu'on observerait dans les angines épidémiques, dans la scarlatine, la fièvre typhoïde, la variole, etc., et sur la nature duquel on déclarait rester dans l'ignorance la plus complète. Les anciens, moins embarrassés, affirmaient qu'il y avait alors échauffement, corruption ou mélange d'humeur peccante ; quant à la distinction fondamentale en angines primitives et en angines secondaires, elle était implicitement contenue dans beaucoup des écrits des siècles précédents [1]. Elle devint classique au XIXe siècle ; Rilliet et Barthez insistent beaucoup sur ce point.

Très vague même actuellement où l'on n'a pu faire jusqu'ici une part exacte entre le terrain et les microorganismes envahisseurs, l'étiologie était bien plus confuse encore, et pour cause, chez nos prédécesseurs. Ils s'en tenaient aux énumérations banales de leurs devanciers, tels que refroidissement, mets trop chauds ou irritants, poussières, marche contre le vent, gaz et vapeurs irritants, troubles menstruels ou hémorrhoïdaires, dans lesquels la congestion, se déplaçant, venait faire sentir ses effets sur le pharynx. Parfois on invoquait des conditions climatériques plus ou moins obscures en dehors du froid, pour expliquer certaines épidémies, surtout catarrhales [2] ; quelques-uns se résignaient même à invoquer la contagion [3].

1. Cette opinion était courante chez les partisans des idées hippocratiques aux XVIIe et XVIIIe siècles. Elle relève de l'humorisme. Les Arabes signalent souvent des fièvres aggravées par un élément putride (Rhazes, Avicennes). Barthez, au milieu du XIXe siècle, admettra encore que la diphtérie maligne résulte de l'addition au virus diphtérique d'un facteur septique (p. 482).

2. Ces idées étaient basées, surtout, sur les faits observés en temps d'épidémie de grippe ; celle-ci commença peu à peu à se détacher de l'ensemble confus des phlegmasies vulgaires (Voir volume II).

3. L'idée des constitutions climatériques date d'Hippocrate ; on faisait, d'autre part, jouer au génie épidémique un grand rôle dans la nature et

Néanmoins l'étude des faits paraissait démontrer à quelques-uns que tout cela ne suffisait point et qu'il fallait invoquer une prédisposition générale de l'organisme résultant surtout d'une diathèse héréditaire ou acquise, la scrofule[1], mais pouvant être déterminée aussi par la débilité, l'épuisement, un facteur morbide inconnu[2], ou bien encore par une prédisposition locale résultant d'une attaque antérieure d'amygdalite[3]. On s'expliquait ainsi pourquoi l'on pouvait, dans des circonstances identiques, contracter une angine ou demeurer indemne.

Faute d'autopsie ou d'expérimentation sur les animaux, l'anatomie pathologique de l'affection, encore fort mal connue maintenant[4], sinon par comparaison et induction, faute d'investigations cadavériques, était pour ainsi dire nulle dans les deux premiers tiers du XIXe siècle, sauf en ce qui concerne les lésions grossières, visibles à l'œil nu, étant donnée la situation relativement superficielle du pharynx, telles que congestion, œdème, dépôts pultacés ou fibrineux. La distinction entre les amas de

le caractère des affections, pendant la renaissance et les temps modernes. Le caractère contagieux de certaines angines est déjà affirmé par quelques-uns, au XIXe siècle. L'épidémie de La Ciotat, celle du département du Lot (épidémie de Condom), etc., semblèrent mettre le fait hors de doute. Son authenticité est acceptée par Blache et Chomel. Voir p. 19.

1. Voir p. 655, volume IV.

2. Vers 1860, les Anglais commencèrent à incriminer sérieusement les vidanges défectueuses, les canalisations d'égout imparfaites, car ils avaient observé que certaines maisons, certains quartiers mal tenus étaient particulièrement frappés par des angines gutturales simples et surtout septiques.

3. Le fait avait été signalé dans la période gréco-romaine. Pour l'amygdalite, il a été parfaitement mis en lumière par les auteurs du XVIIIe siècle. Au XIXe c'était une notion devenue classique.

4. Comme le disait Morgagni, l'angine n'étant pas, en général par elle-même, une maladie mortelle, on ne peut profiter que de quelques coïncidences bien rares, où les processus morbides ne sont pas à l'état de pureté et encore cela n'arrive-t-il qu'à une période avancée du mal.

cellules épithéliales et de mucus concrété sur les amygdales par exemple et les fausses membranes proprement dites avait été indiquée avec le plus grand soin par Bretonneau, par Trousseau [1], etc. Les petites érosions ou les ulcères superficiels, légèrement anfractueux, succédant à l'évacuation de petits abcès amygdaliens, avaient été notés ; on les distinguait des trous béants résultant de l'orifice élargi des cryptes tonsillaires.

Deux tendances divergeantes se font jour à l'époque que nous étudions. Les uns, frappés par un ensemble de phénomènes plus ou moins inquiétants, tendent inconsciemment il est vrai, à faire de l'angine l'équivalent d'une maladie générale. C'est pourquoi ils insistent, non seulement sur la présence habituelle de la fièvre, mais sur l'apparition, dès le début du mal, de symptômes généraux plus ou moins accentués [2]. Les autres, plus fidèles aux théories de Broussais [3], ne virent dans l'angine qu'une pharyngite à réaction locale ou générale plus ou moins vive c'est-à-dire qu'une inflammation banale, occupant un siège bien précis, et n'intéressant nullement, sauf quelques cas exceptionnels, l'ensemble de l'économie.

1. On trouve dans le *Guide praticien* de Valleix, dans l'*Anatomie pathologique* de Cruveilhier, dans le *Traité des affections pseudo-membraneuses* de Laboulbène, le *Manuel d'anatomie pathologique* de Cornil et Ranvier, 1re édition, dans celui d'Andral, des considérations intéressantes sur les lésions de l'angine pultacée.

2. Les humoristes antiques avaient ébauché la doctrine des maladies locales dues à des causes générales (arrêt ou corruption des humeurs) ; au XVIIIe siècle, l'école vitaliste de Vienne esquisse l'étude des angines bilieuses, etc. D'autre part, les épidémies de grippe semblaient démontrer que les déterminations pharyngées sont souvent reliées à d'autres désordres morbides.

3. C'était la conception organiciste (Bichat, Louis, Broussais, etc.) ; mais même avec les doctrines du physiologisme, l'angine n'était, bien souvent, qu'une propagation, un retentissement des lésions à distance, surtout de la fameuse gastro-entérite.

La rougeur, la chaleur, la douleur, la tuméfaction, les symptômes cardinaux de l'angine, ainsi que de toute phlegmasie aiguë, avaient été déjà bien mis en évidence par les anciens. Les nuances consistant dans la variété de la rougeur [1] par exemple, de la sécrétion, de la douleur [2], de la tuméfaction seront signalées plus tard, à propos des variétés cliniques.

Mais c'est ici que nous croyons devoir insister sur les progrès qui avaient été effectués du côté de la pathologie du *cavum*. Les poussées aiguës de pharyngite chronique avaient été entrevues déjà, il est vrai, par certains auteurs (Boisseau [3], Tardieu [4], etc.), mais le catarrhe aigu du cavum ne fut décrit nettement qu'à partir de 1860, grâce à l'emploi de la rhinoscopie postérieure. Lasègue [5] en donnera une description excellente, qui s'adapte en grande partie à l'adénoïdite, bien qu'il ignore manifestement l'existence des végétations du naso-pharynx. La pharyngite inférieure [6] reste beaucoup plus dans le vague. Cependant, on trouve cités çà et là des abcès

1. Broussais a très nettement indiqué l'existence d'une angine érythémateuse à rougeur très intense, mais non sécrétante, c'est-à-dire purement hypérémique. Billard se borna à dire que la congestion pouvait être prise pour une angine.

2. Des angines très douloureuses pouvant, malgré la bénignité relative des lésions locales, faire beaucoup souffrir le malade ont été signalées à cette période. On signala même des cas à apparence nettement névralgique déterminant parfois des symptômes caractéristiques du côté du trijumean. Mais les douleurs très intenses, avec réaction locale modérée, étaient regardées surtout comme caractéristiques des angines septiques, rhumatismales, érysipélateuses. On s'en défiait lorsque le sujet n'était pas évidemment un nerveux.

3. Voir volume IV, p. 28.

4. Voir volume IV, p. 61.

5. Cet auteur a évidemment profité des travaux de Czermak, de Türck, de Semeleder Voltolini (Voir Cavum, volume V, p. 744), mais aussi des travaux antérieurs des auteurs français, notamment des auristes.

6. Voir page 748, à ce snjet, la mention des travaux de Sachse.

de la base de la langue, des tuméfactions inflammatoires de celles-ci accompagnant des altérations morbides identiques des tonsilles palatines, des épiglottites antérieures, qui prouvent que Mac Bride avait eu des précurseurs plus ou moins avertis.

L'allure aiguë, subaiguë, traînassante, avait été nettement signalée par les auteurs du XVIII[e] siècle. Les anciens savaient, du reste, parfaitement que pour les tonsilles, par exemple, le mal pouvait aboutir à la chronicité. Ils n'ignoraient point non plus que la phlegmasie pharyngée pouvait avorter au bout de deux ou trois jours. Ce que nos précurseurs immédiats ont mis partiellement en relief, c'est l'évolution septique de certaines formes, se révélant d'emblée ou seulement au bout de quelques jours, comme s'il se produisait tout d'un coup une recrudescence et une transformation du mal[1].

Le pronostic était regardé comme favorable dans l'angine idiopathique, en dehors de toute épidémie ; la circonspection était recommandée, au contraire, dans les circonstances opposées. La forme maligne était regardée comme très grave.

C'est au cours du XIX[e] siècle que certains troubles paresthésiques, menstruels par exemple, réalisant la rougeur parfois et la dysphagie, mais non la tuméfaction et l'hypersécrétion, furent distingués de la pharyngite proprement dite[2]. Quelques auteurs affirmèrent aussi, vers la fin de la période que nous étudions, que les perturbations pharyngées de l'empoisonnement par les solanées vireuses relevaient exclusivement d'une sécheresse anormale[3]. Le diagnostic des angines vraies était surtout

1. C'est Trousseau surtout qui a insisté sur ces faits.
2. Notamment par Piorry, volume IV, p. 50.
3. Voir angines toxiques, volume V, p. 142.

envisagé au point de vue de la diphtérie, à cause de la gravité et du caractère contagieux de celle-ci ; c'est pourquoi la division en angines rouges et en angines blanches et la distinction de ces dernières en angines couenneuses vulgaires et en angines diphtériques, était adoptée par tous les cliniciens. Ils savaient qu'au cours des angines simples idiopathiques et surtout de l'angine dite pultacée les dépôts d'apparence pseudomembraneux étaient fréquents et ils indiquaient soigneusement les différences d'adhérence, de consistance, de structure, de couleur, de propagation[1].

Pour éviter de donner à la présente monographie des dimensions par trop excessives, nous avons dû nous résigner à ne parler du traitement que quand celui-ci présentait quelque nouveauté à la période que nous étudions. Or, il faut l'avouer, rien de bien personnel n'a été signalé par les écrivains de l'époque. Bains locaux, gargarismes, badigeonnages, émollients, astringents, dérivatifs, vomitifs avaient déjà été indiqués par les auteurs des siècles précédents[2]. Cependant le chlorate de potasse, le borate de soude ont été introduits dans la pathologie pharyngée pendant les deux premiers tiers du XIX[e] siècle, principalement, il est vrai, à l'occasion de la diphtérie de cet organe. Il en est de même du sulfate de cuivre qui a eu une fortune moins heureuse.

1. C'est Bretonneau qui insista, tout d'abord, sur ces distinctions importantes. Tout un chapitre de son *Traité de la diphtérie* y est consacré (voir aussi volume IV, p. 354).

2. Voir le chapitre Traitement, à la fin du volume II, où la médication de nos prédécesseurs a été exposée d'une façon tout à fait détaillée.

II. — COLLECTIONS PURULENTES PÉRI-PHARYNGIENNES

Abcès latéro-pharyngien proprement dit. — Des deux variétés de collections purulentes siégeant au pourtour du pharynx, l'abcès latéro-pharyngien[1] proprement dit, qu'il résulte de la propagation d'un foyer amygdalien, d'une adénite suppurée ou d'un corps étranger, a été seul connu aux périodes précédentes. J.-L. Petit[2], et surtout Récolin, le mentionnèrent avec assez de précision. Au XIXe siècle, Velpeau[3] attira véritablement l'attention du public médical sur ce sujet, et dénomma l'affection : angine celluleuse, pour bien marquer que le mal siégeait dans le tissu lamineux qui double en dehors les amygdales. Cette localisation explique, suivant lui, pourquoi, étant donnée la situation profonde des lésions, il y aurait d'abord peu de dysphagie, « celles-ci échappant à la compression du bol alimentaire ». La collection, en dedans, refoulerait en masse amygdales et piliers du côté de la cavité pharyngienne et, en dehors, effacerait les creux parotidien et sous-hyoïdien, amenant peu à peu un véritable empâtement cervical plus ou moins étendu. Les symptômes locaux et généraux seraient ceux du phlegmon circonscrit et parfois du phlegmon diffus. Il y aurait terminaison par résolution, suppuration, induration ou même gangrène. Si les émol-

1. Au fond, la division actuelle si tranchée entre l'abcès latéropharyngien et retropharyngien, date d'Escat, qui l'a établie par des recherches anatomiques sur les aponévroses du cou (Voir notre ouvrage : Le pharynx, Aponévroses cervicales).

2. De la description assez confuse de cet auteur, il résulterait que la collection purulente nettement périamygdalienne se porterait du côté du cavum et tendrait souvent même à envahir les trompes ; d'où surdité unilatérale plus ou moins persistante.

3. Voir volume IV, p. 101.

lients, les révulsifs locaux, les dérivatifs intestinaux, les sangsues appliquées *loco dolenti* n'ont pas pu arrêter le développement du mal, il faudrait se résigner à inciser en prenant les précautions d'usage dans une région si riche en vaisseaux et en nerfs. Du reste, les difficultés ne seraient pas au-dessus de l'habileté que possède un praticien exercé. En 1832, Gilbert Bonneau[1] rapporta un cas d'abcès latéro-pharyngien dû à une carie dentaire. Dieffenbach en cita aussi quelques observations. Cruveilhier en signala à la suite de la fonte purulente des ganglions lymphatiques qui longent la veine jugulaire interne. Parmi les abcès rétropharyngiens que nous avons signalés dans le quatrième volume de cet ouvrage, ceux de Detmold[2], d'Henoch[3], de Ledentu[4], de Gueniot[5] et de Duparque auraient dû plutôt être considérés comme des collections latéro-pharyngiennes. C'est Jacquemart[6] qui en fit en 1872 l'étude la plus complète, dans sa Thèse sur *les abcès du pharynx*. Il fit remarquer, d'après les faits recueillis par ses prédécesseurs, que l'abcès latéral, ayant plus de place pour s'étendre que l'abcès postérieur, bridé en arrière par la colonne vertébrale, fait une saillie moindre que ce dernier du côté de la cavité pharyngienne Les fusées purulentes dans le creux sus-claviculaire, l'aisselle avaient été décrites par quelques auteurs. Le cas de Londe prouvait qu'elles pouvaient pénétrer jusque dans le médiastin, celui de Caytan et de quelques autres qu'ils ulcèrent parfois les gros vaisseaux du cou. Ce qui manquait aux nosologistes de l'époque, pour bien différencier ces abcès de ceux qui occupent les régions

1. Voir volume IV, p. 186. — 2. Voir volume IV, p. 117. — 3. Voir Thèse de Gillette et volume IV, p. 146. — 4. Volume IV, p. 171. — 5. Volume IV, p. 171. — 6. Volume IV, p. 182.

voisines, telles que tissu cellulaire rétro-pharyngien ou péri-amygdalien, c'étaient les notions anatomiques qui n'ont été que tout récemment mises en lumière, c'est-à-dire l'existence d'une aponévrose s'insérant sur les apophyses transverses en arrière et bridant le pharynx sur les côtés, et la présence d'une poche rétro-amygdalienne, véritable sinus tonsillaire qui sépare en dehors l'amygdale de la paroi pharyngienne[1].

Péritonsillite[2]. — Faute de connaître ce cul-de-sac, les auteurs des deux premiers tiers du XIX[e] siècle confondirent la plupart, avec Velpeau, la péritonsillite avec l'abcès latéro-pharyngien proprement dit. Cependant, Chassaignac[3], qui avait reconnu, autour de l'amygdale, l'existence d'une demi-capsule épaisse et résistante, ne tomba pas dans cette erreur et chercha à démontrer que l'affection était non pas extrapariétale, comme l'avait dit Velpeau, mais bien intrapariétale. Néanmoins, il reconnaît que si la capsule amygdalienne vient à s'ulcérer, l'abcès envahit le tissu cellulaire péripharyngien et devient alors cervical. Lasègue[4] a entrevu la nature étroitement pharyngienne de l'affection par les seules données de la clinique. L'observation attentive des malades lui permit de donner de la péritonsillite une description excellente qui mérite d'être retenue.

Il montra que le mal était précédé par une phase cryptaire plus ou moins apparente et que les causes du phlegmon périamygdalien étaient en somme celles de l'amygdalite aiguë. Le fond du cul-de-sac constitué par la crypte

1. Voir, à ce sujet, Delamotte, Chirurgie, édition Sabatier, observations XXVII et XXVIII. On trouve quelques faits de ce genre dans le journal de Vandermonde, également au XVIII[e] siècle. — 2. Dans cet exposé synthétique, nous suivons, non l'ordre précédemment adopté, mais celui plus usité actuellement. — 3. Voir volume IV, p. 105. — 4. Voir volume IV, p. 105 et suivantes.

s'ulcérant, le pus ferait issue dans le tissu cellulaire périamygdalien. Il l'envahirait sur une étendue plus ou moins vaste, mais tendrait toujours à gagner la région sus-amygdalienne, entre les deux piliers, immédiatement au-dessous du voile ; celui-ci serait rapidement intéressé et deviendrait le siège d'une tuméfaction très apparente, principalement au-dessus de la luette où le gonflement peut être énorme.

Les symptômes généraux, une fois la phase cryptaire terminée, seraient le plus souvent très intenses, analogues par leur violence aux phlegmasies les plus accentuées, telles que la pneumonie. Les signes locaux sont très marqués aussi. En outre d'une violente douleur, d'une dysphagie très pénible entravant la déglutition plus ou moins complètement, il y aurait rejet en dedans de l'amygdale, qui paraît ainsi plus saillante; de plus, la tonsille serait recouverte d'une exsudation mince, opaline, surtout visible le long des piliers, et s'enfonçant plus ou moins nettement dans les cryptes. Au-dessus de l'amygdale existerait en outre une surface rouge, tendue, qui empiète sur le voile. Le plus souvent, il y aurait ouverture spontanée du côté du pharynx, mais ordinairement l'orifice de décharge resterait inaperçu. Quant à la fluctuation, elle serait peu nette à cause de la difficulté de l'examen dans une région si profonde. Très souvent, du reste, le pus sortirait difficilement et à plusieurs reprises, au lieu de s'évacuer en une seule fois.

Abcès rétro-pharyngiens. — Les abcès rétro-pharyngiens liés à des lésions gutturales n'ont été véritablement signalés qu'à une époque toute récente. Les anciens [1] ne connaissaient que la variété due à une carie du rachis [2]. Ambroise

1. Voir Hippocrate, volume I. — 2. Voir aussi Galien, volume I.

Paré[1], J.-L. Petit[2] ne distinguèrent pas suffisamment ces collections de celles du voisinage. Desault[3], Rousille-Chauseru[4], Dupuytren[5], Abercrombie[6], Friou[7], Mott[8], Forget[9], Mandre-Dassit[10], Bouvier[11], se contentèrent d'en publier des cas certainement intéressants, mais qui restaient à l'état d'observations isolées. C'est à Fleming[12] et surtout à Mondières[13] que l'on doit en réalité la connaissance exacte de cette affection dont l'étude complète a été faite par Gillette. C'est à ce dernier que l'on est redevable de cette notion fondamentale que l'abcès rétro-pharyngien est le résultat de la fonte purulente de deux ganglions lymphatiques situés au niveau des deux premières vertèbres cervicales, glandes qui assez bien développées chez l'enfant, s'atrophient peu à peu chez l'adulte. Ainsi se trouvaient expliqués très facilement et le mécanisme jusqu'ici obscur de ces collections purulentes et leur présence presque exclusive dans le jeune âge (voir vol. IV, p. 158 et 159).

Mondières[14] sépara nettement les abcès rétro-pharyngiens idiopathiques (liés à une affection gutturale) des abcès rétro-pharyngiens denteropathiques (carie de la colonne vertébrale, infection purulente, etc.) et les répartit en deux variétés : l'une aiguë, l'autre chronique.

En outre du siège qu'il a précisé avec beaucoup de netteté, cet auteur a bien mis en relief la douleur profonde, la dysphagie, l'existence d'une saillie plus ou moins con-

1. Voir volume IV, p. 115. — 2. Voir volume IV, p. 110. — 3. Voir note volume IV, p. 115. — 4. Voir volume IV, p. 116 — 5. Voir volume IV, p. 116. — 6. Voir volume IV, p. 117. — 7. Voir volume IV, p. 119. — 8. Voir volume IV, p. 119. — 9. Voir volume IV, p. 120. — 10. Voir volume IV, p. 122. — 11. Voir volume IV, p. 123. — 12. Voir volume IV, p. 126. — 13. Voir volume IV, p. 132. — 14. Certes, Flenning a nettement entrevu l'existence des abcès rétropharyngiens, dont il cite des cas fort intéressants; mais son travail est loin d'avoir l'ampleur de celui de Mondières. Il ne s'agit en somme que de remarques cliniques à propos des faits observés.

sidérable, lisse, arrondie au fond de la gorge, qui constitue un obstacle mécanique à la respiration et à la déglutition. Parfois il y aurait refoulement du larynx en avant ou bien œdème de l'épiglotte. Le cou deviendrait en certains cas le siège d'une tuméfaction apparente. Malgré l'existence d'un certain nombre de phénomènes communs entre cette affection et l'amygdalite aiguë suppurée, le diagnostic serait vite fait grâce à l'absence de tuméfaction des tonsilles ; mais la confusion avec le croup, éventualité signalée par Detmold, lui semble beaucoup plus difficile à éviter parce que le mal siège parfois très bas et qu'il se présente généralement chez des jeunes enfants dont la gorge est difficile à examiner, à cause de la petitesse des parties et de la résistance des malades. La continuité des accidents, qu'on ne constate pas dans la diphtérie, devrait mettre cependant l'esprit en éveil.

Gillette[1] distingue, en outre des variétés à marche aiguë et chronique de Mondières, de l'abcès idiopathique et de l'abcès deuteropathique, une forme circonscrite et une forme diffuse. Le siège pourrait être supérieur, moyen ou inférieur ; dans ce dernier cas, ces collections seraient souvent confondues avec celles qui occupent les parties postérieures de l'œsophage. Parfois franchement médians, ils sembleraient plus souvent latéraux, du moins au début. Cet auteur a insisté, plus que ne l'avait fait Mondières, sur le jeune âge des sujets, au moins dans la majorité des cas. Il a montré que le début pouvait être très insidieux ou rappeler celui d'une angine banale. Il a parfaitement décrit l'aspect variable de la saillie rétro-pharyngienne, sa consistance spéciale, et a indiqué le moyen le plus propre à s'assurer de l'existence de la fluctuation.

1. Voir vol. IV, p. 157.

Si l'on savait à cette époque que le mal peut avoir une allure traînassante (abcès chroniques des auteurs de l'époque) on n'ignorait point non plus que l'ouverture spontanée dans le pharynx était rare et que plus souvent la collection fusait dans le cou ou dans le thorax, et qu'elle pouvait en outre tuer par épuisement, par infection septicémique et surtout par asphyxie. Aussi proposait-on d'intervenir le plus vite possible[1], l'évacuation précoce de l'abcès étant le seul moyen d'améliorer un peu le pronostic[2].

III. — ANGINE HERPÉTIQUE

Dérivée du mot grec erpein, qui signifie ramper, la signification du mot herpès est restée très confuse dans l'antiquité gréco-romaine, pendant la période arabe, le moyen âge et même dans les temps modernes, où ce terme était devenu à peu près synonyme de celui de dartre[3]. Contrairement à l'étymologie, ce terme fut employé par Willan dans le sens de dermite vésiculeuse à marche aiguë et à caractère franchement inflammatoire. Son élève et successeur Bateman[4] admit que la variété labiale pouvait envahir le pharynx et amener une dysphagie plus ou moins intense. Bretonneau[5] s'efforça de différencier les dépôts couenneux que déter-

1. Voir Gauthier, de Genève, vol. IV, p 473. Depuis longtemps, du reste, cette tendance était en quelque sorte classique (Mondières, Fleming, Gillette, etc.). — 2. Pour les autres collections péripharyngées dont l'étude était à peine esquissée, voir vol. IV, p. 185 et 188. — 3. Voir la note de la page 193, vol. IV, qui montre combien ont été profondes les divergences des auteurs quant à la signification de ce terme. L'ancienne acception brûlure a été conservée dans la variété appelée herpès zoster. — 4. Voir volume IV, p. 195. — 5. Voir volume IV, p. 198 et 357.

minent les bulles herpétiques de la diphtérie bucco-pharyngée, mais sans insister sur le tableau morbide. Celui-ci fut au contraire bien mis en relief par Gubler[1], le véritable créateur de l'angine herpétique dont il fit ressortir la symptomatologie si spéciale. Tantôt attribuée à la constitution climatérique, tantôt regardée comme secondaire et constituant une manifestation fébrile d'états généraux[2] plus ou moins accusés, des fièvres, de la pneumonie, de troubles menstruels, elle fut regardée par Gubler[3] et Parrot[4] comme une maladie a frigore par excellence. Ce dernier auteur, développant une idée qui était déjà en germe chez Gubler et Lasègue[5], considéra le mal comme une perturbation de l'économie toute entière, pouvant occuper des sièges multiples et méritant à tous égards le nom de fièvre herpétique[6]. La lésion anatomique essentielle était regardée comme constituée par une vésicule de petite dimension, dont le contenu finissait par se troubler, mais sans aboutir à la formation du pus proprement dit. Cette vésicule, en crevant, laisserait, en général, une exulcération plus ou moins accentuée qui guérirait sans autre incident quand elle reste très superficielle; mais lorsqu'elle est plus profonde, elle deviendrait le point de départ de dépôts couenneux très blancs, très adhérents, recouvrant une muqueuse à nu, saignante. En se réunissant et en envahissant tant soit peu les parties voisines du siège primitif de la vésicule, il se formerait par la fusion de ces points blanchâtres une véritable pseudo-membrane[7]. Cependant, en examinant les bords, on verrait des dentelures, des sinuosités qui

1. Voir volume IV, p. 200. — 2. Voir volume IV, Morton p. 194, Bretonneau p. 199, Gubler p. 203, bas de la page. — 3. Voir volume IV, p. 210. — 4. Voir volume IV, p. 238. — 5. Voir volume IV, p. 222. — 6. Voir volume IV, p. 239 et 240. — 7. Voir volume IV, p. 225.

montreraient bien son mode de formation [1]. D'ailleurs, en soulevant le dépôt fibrineux, on apercevrait souvent quelques vésicules encore intactes [2], principalement à l'ouverture des cryptes.

Gubler, Féron, Bertholle, Lasègue insistaient beaucoup sur l'intensité et la brutalité du début [3] ; il y aurait frisson, courbature, fièvre intense, violent mal de tête et de gorge, rougeur vive du gosier, puis apparition de petits dépôts d'un blanc crémeux, suivis d'un gonflement ganglionnaire peu apparent.

Courte, quand l'herpès guttural se borne à une poussée éruptive, un peu plus prolongée dans le cas contraire [4], mais jamais d'une durée bien longue, l'affection se terminerait, aussi subitement qu'elle avait commencé, par une défervescence brusque.

Malgré son caractère tapageur, l'angine herpétique ne serait nullement dangereuse [5]. Il serait d'autant plus important de la distinguer de la diphtérie pharyngée. Bretonneau avait déjà reconnu que, dans certains cas, le diagnostic n'était pas des plus faciles [6]. La brusquerie de la réaction, l'existence, avant l'apparition des troubles pharyngés, de malaise et d'accidents gastriques, la présence d'un herpès labial, signe de très grande valeur, la blancheur, l'adhérence des fausses membranes seront les éléments principaux sur lesquels on se basera. Toutefois, dans beaucoup de cas, dit Trousseau, il faut savoir s'abstenir de porter tout jugement et se com-

1. Cependant Gubler admettait, en outre, une formation par propagation des lésions inflammatoires autour du foyer vésiculaire. Voir volume IV, p. 209. — 2. Voir volume IV, p. 230. — 3. Voir volume IV, p. 222 et 236. — 4. Voir Lasègue, volume IV, p. 228. — 5. Ce fait avait été mis déjà en relief par Bretonneau. Trousseau, Gubler, Féron, Bertholle, Parot ont insisté sur cette bénignité. — 6. Voir volume IV, p. 198. Voir aussi le paragraphe que Féron consacre à ce sujet dans sa thèse.

porter comme si en réalité on avait à faire à la diphtérie, d'autant plus, ajoute-t-il, que, dans certaines épidémies, l'angine couenneuse commune la plus nette peut devenir le point de départ d'une angine de mauvaise nature [1].

IV. — ANGINE RHUMATISMALE

Les rapports qui existent entre certaines angines et le rhumatisme articulaire aigu ne furent signalés qu'assez tardivement, au cours du XIXe siècle [2]. D'ailleurs nos prédécesseurs immédiats, ignorant les doctrines infectieuses qui ont éclairé d'un jour si nouveau la pathogénie d'un grand nombre d'affections, méconnaissaient les termes de la relation qui existe entre l'inflammation pharyngée et celle des articulations. Ils croyaient que la cause hypothétique, qui engendre ces dernières, portait tout simplement ses effets sur la gorge comme sur les cavités articulaires, et qu'il s'agissait en somme de phénomènes absolument semblables à ceux qu'on observe au cours de la goutte [3]. Ils ne se doutaient nullement que le pharynx servait de porte d'entrée aux facteurs pathogènes du rhumatisme articulaire aigu, et, si la plupart d'entre eux affirmaient d'une façon absolue la priorité de la phlegmasie du gosier, c'était seulement par l'observation

1. Voir cliniques de Trousseau, Angine diphtérique, ce que l'auteur dit sur ce point. — 2. Voir, pour les quelques précurseurs plus ou moins conscients des époques antérieures, volume IV, p. 244 et suivantes. Pour éviter toute confusion, rappelons que l'adjectif rhumatismal a été appliqué longtemps aussi aux maladies a frigore ; mais, la distinction est facile. — 3. Il y eut même confusion entre les angines rhumatismales et goutteuse. Voir volume IV, p. 245. Cette idée d'une cause interne se manifestant sur le pharynx comme sur les articulations a été nettement développée par Lasègue. Voir volume IV, p. 255.

clinique qu'ils étaient arrivés à cette conclusion. Si on fait abstraction d'un passage assez obscur de Musgrave et de Péterson[1], on peut dire que Boerhaave, Cullen et Stoll[2] lui-même sont restés muets sur cette affection. Toutefois elle a été mentionnée probablement par Sauvages[3], sous le nom d'angine métastatique. Heberden[4] et Haygarth en dirent quelques mots. Frank[5] en a parlé d'une façon incontestable, en signalant la rougeur cramoisie de la gorge, l'intensité de la douleur et de la dysphagie, les souffrances musculaires, bien qu'il n'ait pas parlé des arthrites. Bouillaud[6] avait bien observé que certains rhumatisants se plaignent de la gorge, mais il n'avait vu dans ce fait qu'une simple coïncidence. Monneret[7] conclut au contraire que le rhumatisme peut frapper les articulations, les muqueuses et les viscères, en se fondant sur les conceptions hippocratiques et sans fournir de preuves cliniques à l'appui. Valleix[8], rappelant la description de Frank, faisait de l'angine rhumatismale une simple variété de l'angine pharyngée, se distinguant par des douleurs plus intenses, des irradiations douloureuses, aux muscles du cou et des épaules, une rougeur intense couleur de garance et il passe ainsi que son modèle sous silence les arthrites. Mêmes idées dans l'article « *Angine* » de Blache[9] et Chomel du *Dictionnaire en 40 volumes*. Si on finit par admettre un type morbide spécial pour le pharynx, les rapports avec les déterminations articulaires n'étaient pas affirmés ou du moins on ne les regardait pas

1. Voir volume IV, p. 245. — 2. Voir volume IV, p. 245. — 3. Voir volume IV, p. 245. — 4. Voir volume IV, p. 246. — 5. Voir volume IV, p. 246. — 6. Voir volume IV, p. 247. — 7. Voir volume IV, p. 247. L'auteur s'appuie évidemment sur les conceptions de la médecine ancienne, notamment sur les idées métastatiques. — 8. Voir volume IV, p. 247. — 9. Voir volume IV, p. 248.

comme constants. Trousseau[1] eut le mérite de voir les relations intimes que n'avaient pas su démêler ses devanciers, ainsi que l'antériorité de l'angine. Il insiste sur la rougeur foncée, sur l'intensité de la dysphagie et néanmoins sur l'absence de gonflement et de lésions inflammatoires graves. Cette contradiction apparente, il l'explique par ce fait que le mal résiderait dans la tunique musculaire du pharynx, bien plus que dans la muqueuse de l'organe. L'intensité de la réaction, la coloration feraient penser à l'érysipèle ou à l'angine phlegmoneuse ; mais l'évolution du mal prouve qu'il n'en est rien. Fernet[2] puis Lasègue[3] insistèrent beaucoup sur l'antériorité de l'angine ; mais ce dernier ne pense pas que le tableau morbide de Trousseau soit exact dans tous les cas. Il penche à admettre que l'angine rhumatismale peut être polymorphe. Fernet suppose que l'évolution est toujours très rapide, comme le pensait Trousseau. Mais, ainsi que Lasègue, il croit que le pharynx peut être œdématié assez notablement en certains points tels que la luette. Il a noté la coïncidence assez fréquente du coryza, auquel certains auteurs prêtent actuellement un rôle pathogénique presque aussi important que celui de l'angine. Il fait ressortir aussi que la symptomatologie est en général assez caractérisée et assez constante pour que le malade reconnaisse qu'il va avoir une poussée d'arthrite, quand il est pris par le gosier. Lasègue a mis pleinement en lumière la précocité des troubles gutturaux. Il va même un peu loin en ce sens ; car il nie presque les pharyngites rhumatismales contemporaines ou même consécutives, en

1. Voir volume IV, p. 249. Rappelons que cet auteur a exposé d'une façon frappante la défervescence brusque et la terminaison entièrement bénigne. Il en tire cette déduction que tout traitement actif est inutile. — 2. Voir volume IV, p. 251. — 3. Voir volume IV, p. 254.

apparence du moins, aux manifestations articulaires. Il admet trois formes cliniques d'angines rhumatismales; dans l'une, l'angine est égale en intensité aux arthrites, dans l'autre elle lui est supérieure, dans la troisième au contraire elle lui est manifestement inférieure et passe trop souvent inaperçue. C'est là la première mention de ces phlegmasies silencieuses qui s'élaborent dans les cryptes amygdaliennes, les diverticules du nez ou la caisse du tympan et n'aboutissent pas moins au rhumatisme articulaire aigu le plus franc. Cependant Lasègue, contrairement à Fernet, regarde le coryza ou l'otite, qu'il connaît aussi, comme le résultat d'une propagation de l'angine et non comme une lésion concomitante. Il insiste sur ce point que le délai entre l'apparition des symptômes gutturaux et celle des phénomènes arthritiques peut être assez long; contrairement à ce qu'avaient dit ses prédécesseurs immédiats, plusieurs semaines pourraient s'écouler entre ces deux genres de manifestations morbides, tandis que Trousseau et Fernet supposaient que les arthrites survenaient toujours en pleine angine.

V. — ANGINE ÉRYSIPÉLATEUSE

Admise par tous les humoristes de la période gréco-romaine, arabe, médiévale et dans les temps modernes par Sennert, Sydenham, Boerhaave, Van Swieten, Darluc, Hoffmann, Lory[1], etc,, l'angine érysipélateuse n'en fut pas moins rayée, par une sorte d'accord tacite, du cadre de la pathologie pharyngée pendant les trente premières années du XIXe siècle. Ce fut un peu sous l'influence de Cullen,

1. Voir volume IV, p. 266.

qui pensait que l'érythème érysipélateux se rencontrait exclusivement sur les téguments internes munis d'un épithélium[1]. Or, faute d'une technique suffisante, le pharynx et le larynx en paraissaient dépourvus à cette époque[2]. Le solidisme intransigeant de Broussais, appuyé sur les recherches géniales mais un peu étroites de Bichat, n'était du reste guère favorable à la conception d'une maladie changeant si facilement de place, frappant des tissus si essentiellement différents et cadrant par cela même si peu avec les doctrines localisantes à outrance de la doctrine physiologique. On considérait donc les rhinites et les pharyngites antérieures, contemporaines ou postérieures à l'érysipèle de la face, comme de simples coïncidences[3], et d'ailleurs l'histoire si embrouillée de cette maladie générale jusqu'à Wilson et Bateman autorisait tous les scepticismes[4]. Rayer admit, il est vrai, mais sans attirer l'attention, que l'érysipèle de la face pouvait se propager dans les cavités voisines. Les cas d'œdème de la glotte signalés par Bouillaud, Bayle, Copland et Léveillé[5], qui étaient venus compliquer les déterminations faciales de l'affection, ne secouèrent pas non plus l'apathie générale et il en fut de même de l'observation de Gubler, pourtant si concluante, que l'on trouve dans la thèse de Laillier[6]. Cependant Gull[7] fit connaître en 1848 quelques exemples d'érysipèle interne et, en 1852, Goupil[8], alors interne des hôpitaux, en communiqua

1. Voir volume IV, p. 267. — 2. Voir l'historique anatomique dans le volume I de notre ouvrage « Le larynx ». — 3. Ou plutôt des complications. C'était l'opinion de Béhier, de Biett, de Hardy, qui, tout en admettant des rhinites et des pharyngites au cours de l'érysipèle facial, ont refusé d'y voir de l'érysipèle vrai, à cause du siège et de l'allure symptomatique. — 4. Voir la note de la page 268, volume IV. — 5. Voir volume IV, p. 270, pour tous ces cas. — 6. Voir volume IV, p. 270. — 7. Voir volume IV, p. 271. — 8. Voir volume IV, p. 271.

trois faits nouveaux à la Société médicale d'émulation, où des angines avec *rhinites* s'étaient accompagnées à un moment donné d'érysipèle de la face. Il insista sur l'engorgement ganglionnaire précoce, symptôme de grande valeur, comme l'avait montré autrefois Borsieri. Néanmoins ces communications diverses auraient risqué fort de rester sans écho, comme les précédentes, que nous avons mentionnées plus haut, si Gubler[1], dont l'attention avait été déjà attirée sur le sujet (observation de la thèse de Lailler), n'avait communiqué à ses collègues de la Société médicale des hôpitaux, en 1856, un cas bien propre à éveiller leur curiosité. Le branle était cette fois donné et peu après parurent les excellentes thèses d'Aubrée[2] et de Labbé[3], puis une intéressante clinique de Trousseau[4], une excellente monographie de Cornil[5], et enfin l'étude si importante que Lasègue[6] a consacrée à cette localisation érysipélateuse dans son *Traité des angines*. Celle-ci, comme les salles des hôpitaux parisiens se trouvaient alors fréquement ravagés par des épidémies de septicémies diverses, était, beaucoup plus que de nos jours, d'une observation fréquente. On reconnut bien vite que si l'angine était habituellement secondaire[7], chez bien des sujets elle paraissait primitive. Lasègue soutint que le mal pouvait même se cantonner exclusivement dans la gorge et les cavités voi-

1. Voir volume IV, p. 272. — 2. Voir volume IV, p. 273. — 3. Voir volume IV, p. 276. — 4. Voir volume IV, p. 284. L'auteur ne parle de cette affection que subsidiairement, à propos de l'érysipèle de la face; mais il fait bien ressortir le caractère septique, c'est-à-dire profondément infectieux de la plupart de ces déterminations pharyngées. — 5. Voir volume IV, p. 288. — 6. Voir volume IV, p. 300. — 7. Voir volume IV, p. 271 (Gull), p. 272 (Gubler), p. 273 (Aubrée), p. 278 (Labbe), p. 278 (Dechambre), p. 281 (Fenestre), p. 282 (Laborde), p. 284 (Fauvel), etc. D'ailleurs, Hippocrate avait signalé les érysipèles qui sortent des cavités internes ou y rentrent; ces derniers seraient plus dangereux.

sines sans envahir le revêtement cutané de la face[1]. L'existence de l'érysipèle nasal avait été affirmée par Goupil, puis par Aubrée et Labbé. Cornil montra que non seulement ce dernier était assez fréquent, mais qu'il pouvait fuser à la fois du côté de la peau et du côté du pharynx[2]. Ainsi se trouverait expliquée la contemporanéité de l'érysipèle interne et de l'érysipèle externe que l'on observe parfois. Cette notion du siège nasal primordial est d'autant plus intéressante qu'effectivement le microbe de Fehleisen semble exister fréquemment à l'état de saprophyte dans les fosses nasales ou du moins dans l'intérieur des narines. Voici comment se ferait la propagation du mal de gorge à la peau ou réciproquement. Elle s'effectuerait par l'orifice buccal, par les fosses nasales, par la trompe d'Eustache, l'oreille moyenne et le conduit auditif, par les fosses nasales, le conduit lacrymal, la conjonctive et les paupières[3]. A propos de l'envahissement de l'appareil auditif, rappelons qu'il avait été signalé par plusieurs des otologistes de l'époque, notamment Fauvel etc. Disons à ce sujet que des phénomènes de surdité ont été notés dans une observation de Dechanbre, dans l'observation de Trousseau. Cornil et Lasègue regardent les troubles auditifs comme assez fréquents. Toynbee[4], en Angleterre, fit des recherches sur le même sujet. Trousseau croyait que l'affection pouvait même débuter primitivement à la caisse, à la suite d'une éraillure. Lasègue[5] supposait au contraire qu'il s'agissait d'une propagation de la phlogose spécifique à la cavité tympanique par l'intermédiaire de la trompe.

Au point de vue du mécanisme d'introduction du

1. Voir volume IV, p. 300. — 2. Voir volume IV, p. 292. — 3. Voir volume IV, p. 293. — 4. Voir volume IV, p. 284, 287, 279, pour ces faits d'otite érysipélateuse. — 5. Voir volume IV, p. 300.

virus érysipélateux sur les muqueuses, quand il s'y développe primitivement, Trousseau soutient qu'il faut une solution de continuité, comme pour la peau [1]. La contagion était admise par beaucoup pour la forme épidémique [2] sinon pour la forme sporadique, où le mécanisme de l'infection s'affirmait moins nettement. Une fois pénétrée dans l'organisme, on admettait que l'affection se propageait de proche en proche, et que c'est ainsi qu'elle pouvait rentrer dans l'intérieur du corps ou en sortir pour s'étaler à la surface ; mais à côté de ce processus, certains en admettaient un autre, métastatique [3], où l'érysipèle se transmettait sans intermédiaire d'un point éloigné du corps à un autre.

La symptomatologie de l'angine érysipélateuse avait suscité des discussions assez vives. La plupart, admettant que celle-ci était très tranchée et en quelque sorte caractéristique, insistaient sur la rougeur intense, cramoisie, sur la violence de la dysphagie, l'engorgement rapide des ganglions sous-maxillaires ; mais, suivant Aubrée et Gubler [4], la réaction inflammatoire serait quelconque et ne présenterait rien de bien pathognomonique. Cependant on s'accordait à admettre le degré élevé de la fièvre, la gravité des phénomènes généraux [5] donnant au mal une allure septique essentiellement inflammatoire et parfois même ataxo-adynamique.

1. La minceur et la délicatesse de l'épithélium par rapport à l'épiderme aurait pu, en effet, faire admettre une simple résorption. Voir, à ce sujet, volume IV, p. 286. Suivant Lasègue, l'érysipèle naîtrait très fréquemment au point de jonction d'une muqueuse avec la peau (pourtour des narines, des points lacrymaux, de l'orifice buccal, du méat auditif). Voir p. 306. — 2. Voir volume IV, p. 291. — 3. Voir le cas d'érysipèle de la jambe de Ciure, volume IV, p. 298 (voie hématique ?) — 4. C'est l'opinion aussi de Peter, p. 297. Cornil se montre d'un avis différent. Voir p. 289. — 5. Voir le cas de Gubler et l'opinion qu'émet celui-ci à ce sujet, volume IV, p. 272.

Les modifications du tableau morbide suivant l'âge des sujets ont été fort bien dépeintes par Lasègue[1].

Plusieurs cas de mort avaient démontré combien devait être réservé le pronostic, soit à cause de l'infection de l'organisme, soit par suite des complications respiratoires (pneumonies, pleurésies, bronchites suffocantes) ou cérébrales (congestion cérébrale, méningite), déjà signalées par les hippocratiques. En tout cas, qu'elle guérît ou se terminât par la mort, on admettait que la marche de l'affection était essentiellement rapide, mais que les rechutes pouvaient prolonger parfois celle-ci[2].

Quant au diagnostic, regardé comme facile s'il y avait concomitance d'un érysipéle facial, il passait avec juste raison comme très mal aisé dans le cas contraire. On se basait alors sur l'existence d'un foyer épidémique, lorsque le malade avait été infecté par exemple à l'hôpital, sur la gravité de l'état général, l'intensité de la rougeur et de la dysphagie, l'apparition rapide de l'adénite, etc.

VI. — ANGINE GANGRENEUSE

Avant Bretonneau, on faisait jouer un rôle considérable au sphacèle guttural. On lui attribuait la totalité de la diphtérie bucco-pharyngée et on supposait qu'elle était fréquemment l'aboutissant des phlegmasies pharyngées à caractère inflammatoire suraigu[3].

1. Voir volume IV, p. 302. — 2. Cas de Gubler déjà signalé, cas de Labbé, p. 278, cas de Fenestre, p. 281, cas de Laborde, p. 282, cas de Pihan Dufeilly, p. 283, cas de Trousseau vu avec Nélaton, p. 287, cas de Cornil, p. 295, volume IV, etc. — 3. Voir Diphtérie, volume II, et aussi le volume IV, p. 337, Gangrène et Généralités, p. 343; Diphtérie, époque antérieure à Bretonneau.

Avec l'école de Tours, l'angine gangreneuse subit une éclipse véritable. Les investigations cadavériques ayant prouvé que la muqueuse était intacte, en apparence, au-dessous des fausses membranes en état de fonte putrilagineuse [1], on alla si loin dans la voie de la réaction, qu'on dénia toute exactitude aux assertions contraires des meilleurs cliniciens des périodes précédentes. C'est en vain que Delaberge et Monneret [2] s'efforcèrent de réagir contre ces fâcheuses tendances. Ils ne furent pas écoutés. Cependant, à la longue, on dut bien reconnaître que le sphacèle se rencontrait parfois à la gorge [3] comme dans les autres points de l'économie ; on en fit le résultat non d'une inflammation spéciale mais un accident ultime achevant de frapper de mort des lésions à vitalité déjà profondément altérée, c'est-à-dire qu'on le considérait comme un processus tout à fait secondaire survenant par exemple au cours des fièvres exanthématiques, de la fièvre typhoïde, etc. Rilliet et Barthez [4] furent les protagonistes de ces conceptions nouvelles. Avec Becquerel, on semble revenir un peu aux idées anciennes ; car son mémoire bien connu tend à démontrer que la diphtérie [5] peut positivement se compliquer de gangrène.

La terrible épidémie de 1855 permit aux anatomo-pathologistes de constater que cette dernière n'était même pas aussi exceptionnelle que l'avait affirmé Trousseau ; mais ici encore, comme pour l'angine érysipélateuse, comme pour l'angine herpétique, c'est à Gubler [6] qu'il

1. Voir p. 359, 492, 312, volume IV. — 2. Voir p. 314, volume IV. Ces auteurs, du reste, ne s'étaient appuyés, il faut bien le dire, que sur des conceptions tirées de l'ancienne médecine qui conséquemment portaient peu sur les contemporains. — 3. Voir les cas de Constant et de Boudet, p. 314-315, volume IV. — 4. Voir p. 315, volume IV. — 5. Voir p. 318, volume IV. — 6. Voir p. 324, volume IV.

faut faire remonter l'honneur d'avoir rétabli ce type morbide de l'angine gangreneuse dans le cadre de la pathologie pharyngée. Il alla jusqu'à supposer la possibilité de lésions non plus secondaires mais primitives, touchant plus ou moins à ces infections gutturales septiques dont il avait eu l'occasion de s'occuper à propos de l'érysipèle du pharynx. Trousseau[1] se rallia finalement aux idées si brillamment exposées par son ancien interne et fit connaître dans ses cliniques plusieurs cas à l'appui.

Les altérations morbides, depuis Rilliet et Barthez, étaient regardées tantôt comme localisées (amygdales, piliers, partie ou totalité du voile, plaques gangreneuses des parois pharyngées), tantôt comme diffuses[2]. Dans certains cas, on avait vu le sphacèle, gagnant en profondeur, comprendre toute l'épaisseur de l'organe et se diffuser aussi dans le tissu cellulaire du cou, intéressant même les vaisseaux[3], d'où la possibilité d'hémorragies foudroyantes. Comme cause, on invoquait assez volontiers une altération primitive du sang[4] couleur de sépia et d'une fluidité anormale ; mais les Allemands firent bientôt observer que la prolifération interstitielle aboutissait souvent à une nécrobiose superficielle ; pour eux c'était même cette sorte de gangrène sous-épithéliale peu apparente qui différenciait le processus diphtérique du processus croupal.

On s'accordait à considérer la symptomatologie comme assez effacée dans le sphacèle guttural secondaire, où seuls l'anesthésie des parties, leur teinte noirâtre, la puanteur de l'haleine, les débris sanieux infectant la

1. Voir p. 328, volume IV. — 2. Voir p. 317, volume IV. — 3. Voir le cas d'ulcération de l'artère pharyngienne inférieure, p. 322, volume IV. — 4. Voir Boudet, p. 314, et Peter, p. 497.

salive attireraient l'attention du médecin, frappé, en outre, par la décroissance rapide des forces et l'apparition de l'adynamie. Dans le sphacèle primitif, l'allure serait celle des angines septiques à réaction locale violente avec phénomènes généraux excessivement graves [1], plus ou moins ataxo-adynamiques.

La marche passait pour rapide, que le mal fût idiopathique ou secondaire; car dans le premier cas l'économie était rapidement, disait-on, sidérée, et dans le second le sphacèle donnait le coup de grâce à un organisme déjà épuisé. Cependant on connaissait des cas où les malades avaient survécu un certain temps, en proie à une suppuration interminable accompagnant l'élimination des eschares ; quelques-uns mêmes avaient guéri au prix de déformations locales très importantes.

Le pronostic était donc regardé comme très mauvais ; car, même si la vie se prolongeait contre toute espérance, on avait tout à craindre de la chute lente des parties mortifiées, des phénomènes d'épuisement, d'intoxication, d'hémorragies foudroyantes par ouverture des vaisseaux.

Quant au diagnostic basé sur les signes physiques mentionnés plus haut, il avait surtout à se faire entre l'apparence faussement gangreneuse des fausses membranes diphtériques et la mortification véritable des tissus.

VII. — ANGINE DIPHTÉRIQUE

État de la question avant le XIX[e] siècle. — Les écrits antérieurs au XIX[e] siècle [2] contiennent, on doit le recon-

1. Voir Trousseau, p. 331 et 333. — 2. Voir Arétée (p. 36 et 178), Aétius (p. 51), volume I, et les auteurs espagnols, italiens, anglais et scandinaves, volume II, p. 178 et 247.

naître, bien des notions cliniques précieuses sur la diphtérie ; mais le côté théorique de la question, c'est-à-dire l'étiologie, l'anatomie pathologique était resté forcément indécis. D'autre part, les complications et même le diagnostic n'avaient pas été sérieusement esquissés, et l'on ne possédait sur les variétés symptomatiques du mal que des connaissances tout à fait incomplètes. La forme maligne, la seule décrite par les auteurs du XIXe siècle, tendait de plus en plus à être fondamentalement différenciée de la diphtérie vulgaire, regardée depuis Home [1] comme une maladie autonome, à localisation laryngée, par la majorité des médecins [2], et, de plus, le garotillo [3], de funèbre mémoire, était considéré par beaucoup, grâce à l'influence de Fothergill, comme une scarlatine très grave sans érythème [4]. La tâche à accomplir par nos prédécesseurs immédiats était donc considérable, et on peut dire qu'ils s'en sont tirés de la manière la plus brillante et la plus profitable pour la science, dont ils étaient les fervents adeptes. Nous allons étudier point par point les données si importantes auxquelles ils sont parvenus.

Étiologie. — Bien qu'ils n'aient soupçonné qu'à la fin l'origine animée du contage, ils surent démêler peu à peu la nature transmissible du mal qui ne s'imposait, et encore pas toujours d'une façon suffisamment nette, que pour la diphtérie maligne [5]. L'esprit médical était du reste si réfractaire à cette notion, dont il est impossible de comprendre la raison si l'on n'admet pas de germes animés, qu'influencés du reste par les doctrines simplistes de Brous-

1. Voir volume II, p. 220. — 2. Voir Michaelis, volume II, p. 223 et les auteurs suivants. — 3. Voir volume II, p. 184. — 4. Voir volume II, p. 180, 250, 256. — 5. Même en plein garotillo, beaucoup en Espagne ou en Italie croyaient plutôt à une cause générale, astrale par exemple.

sais, beaucoup d'observateurs distingués tels que Bourgeois (à propos de l'épidémie de Saint-Denis), invoquent la viciation de l'air, des conditions topographiques mauvaises pour expliquer certains foyers d'angine pseudomembraneuse et ne se résignent pas à admettre les cas de contagion aux personnes du dehors. Sous l'influence des partisans de la théorie dualiste, on en vient à incriminer les causes les plus banales, et pour répondre à ceux objectant l'existence des dépôts fibrineux dans la gorge ou le larynx de plusieurs enfants d'une même famille, on ergote, on argumente et on invoque une soi-disant prédisposition héréditaire, grâce à laquelle des frères ou des sœurs, habitant des localités éloignées, auraient contracté le croup par exemple, à des intervalles divers, à l'occasion d'un simple changement de température[1]. Cette réponse misérable satisfaisait tellement des opinions préconçues, que des nosologistes de grande valeur, tels que Guersant, se donnent la peine de la discuter sérieusement. Il faut voir avec quels ménagements, avec quels détours cet illustre vulgarisateur des doctrines de Bretonneau s'efforce de faire accepter les idées contagionistes du maître dont il s'inspire[2]. Des déductions d'une importance théorique, d'une portée extrêmes, s'imposaient, il est vrai, après cette affirmation. Il ne s'agissait de rien moins que de la ruine plus ou moins prochaine du physiologisme, c'est-à-dire de l'école du Val-de-Grâce, ainsi que l'événement le démontra[3].

1. Cette soi-disant prédisposition des membres d'une même famille fut invoquée au XVIIIe siècle. Albers, Jurine, Royer-Collard en parlent couramment comme d'une chose très admissible. Voir ce que dit Guersant sur ce sujet, volume IV, p. 397. — 2. Voir volume IV, p. 398. Voir aussi, p. 366, l'opinion de Bourgeoise. — 3. Voir volume IV, p. 410, les objections de Broussais à propos du type morbide nouveau.

Mais il y avait encore une autre cause aux divergences et qui était tirée du pouvoir transmissible, assez faible dans beaucoup de circonstances, de la diphtérie vulgaire épidémique ou sporadique. Celle-ci frappe souvent d'une façon très capricieuse, respectant celui-ci, infectant celui-là, sans raison apparente que cet argument, alors pas mal obscur, d'une *réceptivité variable*. L'âge, l'état de la santé surtout, probablement une virulence plus ou moins exaltée, plus ou moins atténuée, suivant les cas, font en effet que la diphtérie se transmet d'une façon beaucoup moins constante, beaucoup moins régulière que la rougeole ou la variole, par exemple, ainsi que les nosologistes l'ont de bonne heure constaté[1]. Seule la diphtérie épidémique, dont les germes pathogènes ont une virulence exaltée, se communique généralement avec une telle facilité que celle-ci s'impose pour ainsi dire aux esprits les plus prévenus. Et encore doit-on avouer que, pour que l'évidence soit complète, il est nécessaire qu'il y ait des circonstances spéciales, que le mal éclate par exemple dans une caserne[2], un pensionnat. Le village écarté, où le fléau est apporté d'assez loin, est encore un milieu assez favorable à l'étude, mais point toujours, ainsi que le démontrent les réticences de Bouillon-Lagrange[3] et de quelques autres. Pour faire cesser les résistances, il fallut l'épidémie parisienne de 1855 qui enleva tant d'illustres victimes dans le corps médical. Cette terrible leçon de chose fit naturellement taire les derniers partisans du « physiologisme ».

Dans l'entraînement de la lutte, il devait fatalement arriver que les conditions adjuvantes, sur lesquelles les partisans de Home et de Broussais[4] s'étaient habilement et

1. Voir volume IV, p. 399, ce que dit Guersant sur ce sujet. — 2. Voir volume IV, p. 437. — 3. Voir volume IV, Daviot, p. 431, et Bouillon-Lagrange p. 462. — 4. Voir volume IV, Roche, p. 402.

perfidement appuyés, fussent à un moment très délaissées, justement parce qu'on avait eu autrefois le tort de leur faire jouer le rôle principal, tandis qu'elles n'ont en réalité qu'une influence secondaire, et qui, d'ailleurs, n'est ni constante, ni absolument nécessaire. Ainsi, bien que le jeune âge fut regardé depuis le XVII[e] siècle comme une condition très favorable au développement du mal, dans le temps d'épidémie, on avait constaté, depuis fort longtemps, que les adultes payent aussi leur tribut à l'affection. Le fait fut longtemps nié pour le croup (diphtérie ordinaire) considéré par Home et ses partisans comme une maladie infantile, mais les recherches de Louis prouvèrent, en 1824, qu'il n'en était rien. Les faits observés à l'hôpital et en ville et dont quelques-uns très probants furent publiés (cas de Bourgeoise) prouvèrent que, si le jeune âge constituait une prédisposition évidente, on ne pouvait plus cependant soutenir que seul il était atteint[1]. Les causes profondes de cette prédilection échappaient du reste, bien qu'on eût invoqué le tempérament lymphatique. Il est assez intéressant de faire remarquer à ce sujet combien les anciennes idées persistent longtemps sous des masques divers. Le lymphatisme était en réalité le phlegme des humoristes de la période gréco-romaine ; cette matière peccante s'échapperait, suivant Hippocrate, dans les tissus ou sur les parois des cavités internes sous la forme d'un fluide plus ou moins blanchâtre et visqueux, mais apte à se concréter au contact desséchant de l'air. A l'heure actuelle, la strume est encore invoquée, mais pour de tout autres motifs, parce qu'on sait qu'elle constitue un terrain taré et par conséquent offrant aux microbes un *locus minoris resistentiœ*. La misère, le sur-

1. Voir volume IV, p. 363.

menage, les logements insalubres, étroits, peu aérés méritent d'être retenus pour la même raison[1]. Il en est de même du froid et de l'humidité, mais cette fois-ci pour d'autres motifs. C'est que ces causes, agissant sur les muqueuses des voies aériennes supérieures, les enflamment, et, par conséquent, compromettent leur intégrité, amènent des tares non plus générales, mais locales, bien propres à favoriser les diverses infections. Bretonneau, Trousseau niaient cette action souvent invoquée par leurs adversaires[2]; car ils avaient constaté que les lieux secs, élevés, pouvaient, tout autant que les vallées saturées de vapeur d'eau, être en proie à la diphtérie, et que celle-ci n'obéissait nullement parfois aux conditions climatériques énoncées autrefois par le père de la médecine. Mais bientôt il fallut bien s'avouer que les quartiers bas et humides d'une ville (par exemple à Tours[3], dont les épidémies avaient été si bien décrites par Bretonneau) étaient plus ravagés que les quartiers plus aérés et plus salubres; de même on dut admettre que les épidémies de bronchite (grippe), si souvent mentionnées par les successeurs de Home, favorisaient positivement le développement de la diphtérie, parce qu'elles amenaient, ainsi que le froid et l'humidité, plus ou moins combinés ensemble, ces manifestations catarrhales dont nous venons de signaler l'importance.

Il en fut de même de la rougeole, et bientôt, à côté

1. Depuis longtemps les médecins parisiens avaient remarqué que certains quartiers, certaines maisons étaient frappés de préférence, soit par la diphtérie épidémique, soit même par le croup sporadique. — 2. Trousseau était arrivé à cette conception, lors de l'épidémie de Sologne, où il avait vu des villages, placés dans les conditions les plus différentes, être également frappés. Mais il ne tenait pas compte, et pour cause, de l'exaltation du virus diphtérique. Voir à ce sujet volume IV, p. 426. — 3. Dans la thèse d'un élève de Bretonneau, ce fait est formellement reconnu.

de la diphtérie primitive on vit se constituer la diphtérie secondaire, peut-être plus dangereuse encore, parce qu'elle évolue sur des organismes affaiblis [1].

La *structure* des fausses membranes, l'état de la muqueuse sous-jacente firent d'assez bonne heure l'objet d'investigations minutieuses. Ainsi qne nous l'avons montré antérieurement (volume II), les auteurs qui avaient reconnu, aux époques précédentes, l'existence dans la gorge d'espèces de peaux plus ou moins faciles à détacher, regardaient celles-ci comme une sorte d'exfoliation des plans superficiels due à la gangrène [2]. Home et ses partisans reconnurent cependant que les dépôts blanchâtres recouvrant la surface interne du larynx, dans l'affection qu'ils appelèrent croup, avaient une apparence fibrineuse; de là leur aspect blanchâtre et leur consistance spéciale. Les anatomo-pathologistes de l'époque ne tardèrent pas à admettre qu'ils présentaient une analogie évidente avec ceux qu'on rencontre dans les cavités séreuses enflammées, à l'intérieur du cœur ou des dilatations anévrysmales des gros vaisseaux. On soumit ces sortes de concrétions à l'action de nombreux réactifs chimiques; on étudia leurs propriétés physiques, telles que leur ténacité, leur couleur, leurs adhérences, leur consistance [3]. Bien que la plupart eussent admis leur nature amorphe, quelques-uns s'imaginèrent y avoir trouvé de petits

1. Cette dernière fut surtout mise en relief par Rilliet et Barthez. Voir volume IV, p. 469. Mais leurs prédécesseurs connaissaient fort bien déjà, sinon la diphtérie rubéolique ou typhoïde, du moins la variété scarlatineuse, sur laquelle Guersant s'est assez étendu (voir volume IV, p. 389). Ce sont surtout les belles recherches de Peter (voir p. 539, id.) qui fixèrent l'état de la question. — 2. Voir, dans le IIe volume, les auteurs espagnols et italiens qui constatèrent ce phénomène les premiers. — 3. Cruveilhier, Andral et aussi Laboulbène, ont mentionné dans leurs traités ces recherches. Voir aussi les articles de dictionnaire.

vaisseaux sanguins. Le remarquable article de Royer-Collard sur le croup, dans le *Dictionnaire de médecine en* 60 *volumes*, contient un excellent exposé des connaissances de l'époque sur cet intéressant sujet. Sous les fausses membranes, dit le même auteur, bien qu'elle ne soit pas très altérée, la muqueuse présente des traces évidentes de congestion. Parfois elle est tuméfiée et ramollie. En outre de Marteau de Grandvilliers, de Chomel l'ancien, de Samuel Bard, de Starr etc., qui avaient conclu à la concomitance fréquente ou même habituelle des déterminations gutturales et des déterminations laryngées, nous avons eu l'occasion de rappeler déjà que les auteurs scandinaves avaient signalé dans le pharynx des dépôts blanchâtres, analogues en tout point à ceux que l'on retrouve dans l'organe phonateur. Ils englobaient ces cas dans ce qu'ils appelaient l'angine polypeuse, à laquelle ils attribuaient des symptômes assez bénins, bien différents de ceux mentionnés à propos du garotillo par les auteurs du XVIIe siècle. Leurs affirmations furent confirmées par Jurine, par Albers, par Royer-Collard ; mais ces écrivains regardaient ces faits comme exceptionnels ; ils n'en saisirent pas l'importance théorique et c'est à Bretonneau en somme, bien qu'il ait eu évidemment des précurseurs, qu'il faut attribuer la gloire d'avoir établi enfin, d'une façon irréfutable, la doctrine uniciste et d'avoir démontré la coïncidence en quelque sorte obligatoire de l'angine et de la laryngite pseudomembraneuse, le mal débutant par la gorge pour se répandre de là dans les parties voisines. C'est ainsi que fut fixée la notion du *siège primitif* des lésions. Bretonneau eut encore le mérite de reconnaître l'envahissement des fosses

nasales[1] vers 1824, et beaucoup plus tard (vers 1855) celui du sinus maxillaire[2]. Il rappela également, mais sans rien affirmer, que certains pensaient avoir observé, au cours de l'épidémie qu'il étudiait, des localisations sur la peau. Celles-ci furent au contraire admirablement étudiées par Trousseau dans un mémoire[3] spécial (en 1830), où il mentionnait en outre les localisations anales déjà signalées par Bourgeoise et Lespine. Bretonneau était arrivé à ces constatations fondamentales par ses recherches nécroscopiques aussi bien que par la clinique. Admirateur des beaux travaux de Laennec, il avait compris la nécessité d'investigations cadavériques et avait multiplié celles-ci autant qu'il l'avait pu. Cela lui permit de rejeter de la façon la plus formelle l'existence présumée de la gangrène de la muqueuse, et même de nier la présence de lésions graves de celle-ci, au moins à l'examen macroscopique. C'est donc à la corruption, à l'altération putrilagineuse des dépôts fibrineux qu'il attribua l'apparence de sphacèle et la mauvaise odeur exhalée par les malades[4]. Cette explication, très rationnelle et très exacte en somme, sur laquelle Trousseau est revenu à maintes reprises et qui fut adoptée bientôt par Guersant et la grande majorité des nosologistes français, ne tenait pas un compte suffisant des lésions interstitielles[5] parfois importantes que l'on rencontre à l'intérieur même de la muqueuse, parce que celles-ci ne se décèlent guère qu'au microscope dont l'emploi n'était pas généralisé à cette période. Comme il arrive souvent, la réaction fut si forte contre les idées anciennes que le but fut dépassé. L'an-

1. Voir volume IV, p. 361. — 2. Voir volume IV, p. 441. — 3. Voir volume IV, p. 422. Bourgeoise, p. 365, id., Lespine, p. 377. — 4. Voir volume IV, p. 359. — 5. Voir volume IV, p. 518, les recherches des Allemands sur la nécrobiose insterstielle dans le derme.

gine gangreneuse fut, comme nous l'avons dit précédemment, en quelque sorte rayée du cadre de la pathologie (voir le paragraphe consacré à cette affection), et il fallut assez longtemps pour qu'on revînt à des conceptions plus exactes. Il est à noter que c'est en grande partie à propos de cette même angine diphtérique que la réalité du sphacèle guttural fut établie enfin d'une manière indiscutable[1].

Les érosions superficielles, le ramollissement de la muqueuse ne tardèrent pas, du reste, du temps même de Bretonneau, à fixer l'attention ; mais ces altérations morbides furent regardées comme accidentelles et de peu d'importance, à cause de leur rareté.

Il fallut les travaux des histologistes allemands pour mettre celles-ci en pleine lumière, et, exagérant à leur tour, ils firent jouer à ces lésions choriales un rôle si important qu'ils pensèrent pouvoir fonder sur les données anatomo-pathologiques une distinction des plus importantes entre ce qu'ils appelaient l'inflammation croupale et l'inflammation diphtérique.

La première bornerait son action à l'épithélium et aux couches les plus superficielles de la muqueuse. Ce serait une phlegmasie exsudative. La seconde, beaucoup plus grave, déterminerait des altérations marquées sur l'ensemble de cette membrane, c'est-à-dire dans la profondeur comme à la superficie[2]. Essentiellement parenchymateuse, ce serait une phlegmasie caractérisée par l'intensité des processus morbides interstitiels et nécrobiotiques. Ainsi se trouvait justifiée, jusqu'à un certain point, la division des angines pseudomembraneuses en bénignes et en malignes, que tendaient à admettre beaucoup de cliniciens.

1. Voir Becquerel, volume IV, p. 318. — 2. Voir volume IV, p. 507.

Aux différences d'aspect, d'évolution, de gravité, auraient correspondu des dissemblances non moins considérables dans la réaction des tissus. Les nosologistes allemands dépassèrent du reste bientôt les conceptions purement étiologiques et affirmèrent que les cas légers, croupaux, pour employer la nouvelle terminologie, ne paraissaient pas transmissibles, tandis que les cas moyens ou graves semblaient manifestement contagieux ; ils firent des premiers une maladie banale et des seconds une affection spécifique, répondant à la diphtérie habituelle des auteurs français. Ce qui augmenta encore la confusion, c'est qu'on confondit bientôt, outre Rhin, avec les véritables affections pseudomembraneuses, les dépôts fibrineux que l'on rencontre çà et là, au cours de la pourriture d'hôpital, de l'infection purulente, de la fièvre puerpérale, oubliant le principe si important posé par Bretonneau, que la pseudomembrane n'a rien de spécifique[1], que c'est un processus banal relevant d'une foule de causes essentiellement variables, et que l'étiologie seule mérite ici d'être considérée au point de vue clinique, ainsi que le caractère plus ou moins envahissant des lésions. On oublia aussi de voir, pour continuer à admettre la distinction si tranchée défendue par Virchow, Rindfleisch, Wagner, Bühl, Bayer, Nessiloff, Steiner etc., qu'entre les enflammations croupales et diphtéritiques, il existe de nombreuses formes intermédiaires, au point de vue anatomique et clinique, qui relient d'une façon si remarquablement progressive les variétés légères et les variétés graves du mal.

Contredisant les recherches de ses prédécesseurs, Wagner admit que, lorsque les dépôts blanchâtres n'étaient pas du mucus concrété ou les couches les plus superfi-

1. Voir volume IV, p. 356 et 358.

cielles de la muqueuse qui s'étaient mortifiées, ils résultaient d'une altération spéciale de l'épithélium. Exagérant singulièrement la portée des altérations observées du côté de la substance, et de la forme des cellules de ce dernier (dégénérescence plus ou moins vitreuse, tendance à se ramifier, à devenir atypiques), il décrivit un état trouble de celles-ci, avec fusion consécutive des différents éléments cellulaires, de façon à former une seule plaque d'apparence amorphe et plus ou moins fibrineuse. Mais avant d'atteindre ce dernier stade, on observerait, dit-il, les déviations les plus singulières du type normal, beaucoup de cellules présentant l'aspect de cornes de cerf.

Bien différente était la conception de l'école française. A l'idée d'une concrétion du mucus qui baigne les parois buccopharyngées, soutenue un moment par Billard et quelques autres, avait fait bientôt suite l'idée de coagulations véritablement fibrineuses, analogues à celles qu'on retrouve dans les séreuses ou l'appareil vasculaire ; mais le mécanisme de formation de ces dépôts fibrineux restait hypothétique, lorsque Roche[1], par un pressentiment de génie, soutint qu'il s'agissait d'une pathogénie hématique, c'est-à-dire d'une véritable transsudation des éléments du sang, dont seule la portion fibrineuse persistait à la surface des muqueuses. Monneret[2] appuya cette conception de Roche par des recherches intéressantes mettant assez nettement en relief le rôle considérable de la diapédèse, dont les travaux de Cohnheim allaient bientôt montrer toute l'importance.

Symptomatologie. — L'angine diphtérique maligne ayant pour ainsi dire disparu dans les premières années du XIXe siècle, c'est la forme moyenne de l'affection, la variété

1. Voir volume IV, p. 401. — 2. Voir volume IV, p. 475.

vulgaire[1] qui attira seule l'attention de Bretonneau et des nosologistes de cette période. Il fallut les funestes ravages de l'épidémie de 1854 pour rappeler aux praticiens que le mal pouvait revêtir parfois une intensité infiniment plus grave. La leçon ne fut pas perdue. Isambert[2], Barthez[3], Trousseau[4] et Bretonneau[5] lui-même se souvinrent alors des terribles épidémies mentionnées par les auteurs espagnols et italiens du XVIIe siècle. La diphtérie bénigne qui ne se généralise pas, s'éteint sur place et ne détermine en somme que des réactions locales assez faibles, fut également l'objet de travaux intéressants, notamment de la part de Lasègue[6], qui, la comparant à la varioloïde par rapport à la variole, créa pour elle l'appellation de diphtéroïde. Quelques écrivains allèrent jusqu'à contester qu'elle eût la même origine que la diphtérie ordinaire et la diphtérie grave et tendirent, comme les Allemands, à admettre une espèce d'angine couenneuse caractérisée, il est vrai, par des fausses membranes, mais engendrée, en somme, par des causes banales.

Dans une remarquable communication à la Société médicale des hôpitaux, Barthez, tout en restant uniciste, ainsi que la grande majorité de l'école française, affirma néanmoins nettement la polymorphie du tableau morbide. « Bien que j'admette, dit-il, l'unicité du principe de la diphtérie, on comprendra cependant facilement,

1. Il suffit de lire même les épidémiologistes du temps, tels que Bretonneau, Bourgeois, Lespine, Gendrin, Daviot, Trousseau, pour s'en rendre compte, bien qu'ils ont rencontré de temps à autre des cas particulièrement graves. Guersant, Rilliet et Barthez, qui observaient surtout la diphtérie sporadique, n'ont vu des formes malignes que dans la diphtérie secondaire. — 2. Voir volume IV, p. 445. Gubler avait signalé aussi la gravité de certains cas de diphtérie dans son mémoire sur l'angine gangreneuse. — 3. Voir volume IV, p. 481, la classification de ce dernier. — 4. Voir volume IV, p. 495. — 5. Voir volume IV, p. 438. — 6. Voir volume IV, p. 556, et Traité des angines.

d'après ce que je viens de dire, que cette maladie doit être et qu'elle est en effet multiple dans ses formes. » En définitive, il admit une forme maligne, une forme simple ou exsudative réunie en quelque sorte à la première par une forme plus intense ou généralisée, et une forme chronique, assez rare, caractérisée par la lenteur de sa marche et le peu de violence des symptômes généraux[1].

La diphtérie *secondaire*, signalée de bonne heure, du reste, comme une complication assez fréquente de la scarlatine, fut mise nettement en relief par Rilliet et Barthez dans leur *Traité des maladies des enfants*. « D'après les faits que nous avons consultés, nous sommes portés à croire que l'angine diphtérique, lorsqu'elle se développe au cours d'une autre affection, perd une partie de ses caractères propres pour revêtir ceux qui appartiennent à une autre forme » et ils finissent par conclure ainsi : « La forme spéciale de la maladie dépendrait donc en dernière analyse des conditions qui lui ont donné naissance » L'épuisement du sujet, son peu de résistance aux maladies secondaires expliqueraient la gravité du pronostic. Oulmont[2] fit connaître la diphtérie secondaire de la fièvre typhoïde ; Roger insista sur celle de la rougeole. Mais c'est Peter[3] qui s'est montré l'historien le plus exact et le plus complet de la variété dentéropathique de l'affection, dont il a bien saisi l'allure sournoise et souvent extrêmement maligne.

A. *Forme ordinaire et exsudative.* — Cette variété avait été bien entrevue, comme nous l'avons dit précédemment, par quelques auteurs scandinaves qui lui

1. Voir volume IV, p. 483. Empis admet quelque chose de semblable. — 2. Voir volume IV, p. 457. Épidémie de l'hôpital Saint-Antoine. — 3. Voir volume IV, p. 539.

avaient donné l'appellation assez bizarre de polypeuse. Les auteurs qui prirent part au célèbre concours de 1803 reconnurent presque tous qu'elle coïncidait parfois avec le croup [1], mais sans reconnaître suffisamment les liens qui réunissaient ces deux localisations principales du mal. Il ressort néanmoins des écrits précédents qu'il existe une angine à réaction fonctionnelle modérée et que caractérisent des pseudomembranes d'apparence blanchâtre. Mais c'est, en somme, Bretonneau qui eut le mérite de faire bien ressortir l'allure symptomatique de l'affection et de montrer que celle-ci précédait la laryngite pseudomembraneuse. Il insista sur le début insidieux du mal [2], notion fondamentale sur laquelle reviendra à plusieurs reprises Trousseau, son élève. Il signala d'autre part l'existence de cette tuméfaction ganglionnaire [3] précoce et souvent énorme, qui est un signe d'une grande valeur au point de vue du diagnostic et même du pronostic. L'envahissement primitif des amygdales, la propagation rapide aux parties voisines « comme une eau qui coule », l'apparence des pellicules blanchâtres qui se déposent çà et là et finissent par former, par leur fusion, des plaques étendues et même des tubes complets, l'intégrité de la muqueuse sous-jacente, au moins au point de vue macroscopique, sont parfaitement décrits ainsi que la corruption ultérieure des dépôts fibrineux souvent extrêmement fétide et faisant songer, instinctivement mais faussement, à la possibilité d'une gangrène gutturale.

Son disciple Trousseau [4] dans son célèbre mémoire sur les épidémies qui sévirent dans la Touraine et les con-

1. Voir volume IV, p. 343 — 2. Voir volume IV, p. 353. Bourgois insiste aussi sur ce point. — 3. Voir volume IV, p. 354. Guersant en dit quelques mots. — 4. Voir volume IV, p. 422.

trées voisines, en 1828, précieux au point de vue de l'étiologie, des localisations multiples du mal, etc., mit en relief certains cas déjà presque malins; un peu plus tard, il insistera dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu sur le peu d'importance de la fièvre, sur l'allure insignifiante des premiers symptômes[1], qui inspire une confiance illusoire, sitôt démentie, à l'entourage du malade et même au médecin; cependant, dès le début, on observerait une apathie, une teinte plombée des téguments, bien propres à éveiller les soupçons. Lui aussi et plus peut-être que Bretonneau comprend la grande signification de l'adénite[2]. Quel que soit l'aspect putrilagineux de la gorge, la gangrène de la muqueuse ferait défaut au-dessous des fausses membranes altérées[3].

Peu à peu, grâce surtout aux épidémiologistes, on finit par admettre que la diphtérie vulgaire présentait deux formes, l'une *sporadique* observée constamment dans les grands centres tels que Paris, et une forme beaucoup plus grave, *épidémique*, n'exerçant ses ravages que de temps à autre et atteignant indifféremment tous les sexes et tous les âges, au moins dans certains foyers familiaux, grâce à sa contagiosité beaucoup plus grande.

Ce qui avait surtout frappé Bretonneau et ses contemporains, c'était le caractère, *mécanique* en quelque sorte, du danger que couraient les malades[4]. Ce qui les préoccupait, c'était surtout l'obstruction des voies respi-

1. Voir volume IV, p. 491. — 2. Voir également volume IV, p. 491, ainsi que ses cliniques, où il revient à diverses reprises sur le sujet. Bretonneau et lui considéraient l'adénite très accusée et menaçant de suppurer comme d'un très mauvais pronostic. — 3. Voir volume IV, p. 492-493. — 4. Cette préoccupation venait de Home, qui faisait de l'obstruction du larynx la seule cause de gravité du croup. Tout en considérant celui-ci autrement, Bretonneau et son école continnaient à se laisser imprégner en partie des idées de l'époque.

ratoires. La maladie ne se montrerait très meurtrière, que parce qu'elle empêcherait l'accès de l'air, dès qu'elle a envahi le larynx. Donc, bien que le croup fût considéré comme une localisation relativement tardive et qu'on l'eût privé de ses attributs d'affection autonome, c'est toujours lui qui commandait le pronostic.

L'envahissement des fosses nasales n'avait pas beaucoup préoccupé Bretonneau qui en parle à peine[1]. Bourgeois[2] est beaucoup plus important à consulter à ce point de vue, ainsi que Lespine[3]. Non seulement il signale les épistaxis qui pourraient prendre une importance alarmante, mais il mentionne ce phénomène comme un de ceux qui doivent attirer l'attention du médecin et lui faire penser à une angine pseudomembraneuse. Mêmes constatations chez Gendron. Le fait n'avait pas échappé non plus à Guersant. « On observe très fréquemment à cette époque avancée de la maladie, ou dès le début, un écoulement par les narines d'un liquide séreux, jaunâtre ou sanguinolent, d'une odeur nauséeuse très fétide ; ce qui est presque toujours l'annonce de l'invasion de la maladie dans les fosses nasales. L'expuition sanguinolente est souvent accompagnée d'épistaxis et, dans un cas, cette hémorrhagie chez un adulte a été tellement abondante que Mr. Ribes a été obligé de recourir au tamponnement. » Suivant Roche[4], la maladie, chez l'adulte, commence quelquefois par les fosses nasales, pour, de là, se propager plus tard au pharynx et aux voies aériennes Dans ses cliniques, Trousseau[5] a décrit surtout les formes graves du coryza, qu'il regarde

1. Voir volume IV, p. 361. Ceci n'a pas trait, bien entendu, au mémoire de 1855. — 2. Voir volume IV, p. 368. — 3. Voir volume IV, p. 374 (épidémie de la Flèche). — 4. Voir volume IV, p. 404. — 5. Voir volume IV, p. 485.

comme un des attributs des cas malins. Il en est de même de Bretonneau[1], dans son mémoire de 1855 ; mais il est bon de faire remarquer que ce dernier auteur affirme que le mal se cache souvent primitivement dans le nez, pour y incuber tout à son aise et envahir ensuite, d'une manière inopinée et en apparence foudroyante, les cavités voisines. Il a signalé le premier la sinusite maxillaire diphtérique[2].

Les troubles de la déglutition ont été en général expliqués par une gêne mécanique ; cependant plus tard on a remarqué qu'il n'y avait pas proportion exacte entre la dysphagie et l'abondance des membranes[3].

Les douleurs vives ont été considérées comme faisant ici défaut. « La déglutition, dit Roche, devient difficile, quelquefois d'une manière extrême, sans cependant être douloureuse en proportion de la gêne qui existe. » Guersant reconnaît bien qu'il en est ainsi avec les principaux membres de l'école de Tours ; néanmoins il fait la remarque suivante : « Quelques malades, cependant, se plaignent d'une cuisson et d'une chaleur désagréable dans la gorge, comme si on y avait soufflé du poivre. » Un peu plus tard, la dysphagie accentuée fut regardée comme un des signes de la diphtérie septique.

Diphtérie maligne. — Bien qu'elle ait été l'objet de remarques intéressantes de plusieurs de ses contemporains[4], c'est Trousseau qui en a été surtout le peintre fidèle. Il en traça un tableau si saisissant que sa description est restée en quelque sorte comme un modèle[5]. Non seu-

1. Voir volume IV, p. 439. — 2. Voir volume IV, p. 441. — 3. Trousseau (cliniques). — 4. Voir ce qui a été dit précédemment sur Gubler, Isambert, Bretonneau, etc. Les communications sur le sujet furent nombreuses lors de la terrible épidémie de 1855, mais généralement peu importantes, sauf celle de Barthez. — 5. Voir volume IV, p. 495.

lement les pseudomembranes, dit-il, sont très abondantes, molles, grisâtres, peu abondantes, la dysphagie intense, la muqueuse rouge et gonflée, livide, mais le nez est envahi de bonne heure et il survient un jetage d'une horrible fétidité avec épistaxis fréquentes et d'une abondance alarmante. Les ganglions très volumineux donnent lieu à une tuméfaction considérable du cou. La dyspnée s'accentue rapidement et, d'autre part, la dépression des forces et la teinte plombée du visage sont à leur maximum. Le malade dans les variétés les plus graves (toxiques et hypertoxiques) serait surtout emporté par l'asthénie nerveuse, caractérisée par de la stupeur, une dépression profonde, un aspect typhoïde. Il peut être pris d'hémorragies répétées et succomber en somme à un *empoisonnement* général du sang avec des troubles locaux peu accentués, à cause de la rapidité de l'évolution, et parfois insignifiants.

Diphtéroïde. — Depuis longtemps, soit dans la forme sporadique, soit même dans la forme épidémique, on avait signalé des *cas très bénins*, se cantonnant exclusivement dans la gorge, dont les pseudomembranes, plus blanches que dans les formes malignes, plus épaisses et plus adhérentes, pouvaient, du reste, persister, assez longtemps, dans le pharynx. Considérées par quelques-uns comme une affection couenneuse vulgaire ne relevant pas de la diphtérie, ainsi que nous l'avons dit plus haut, ces manifestations furent regardées par Lasègue [1] comme une variété dérivant de cette affection, mais assez éloignée, en somme, de la forme vulgaire et bien plus encore de la forme grave.

Suivant cet auteur, ce qui caractériserait la diphtéroïde,

1. Voir volume IV, p. 556.

ce serait surtout le *cantonnement* du mal dans le pharynx. On verrait bien, il est vrai, l'affection gagner les fosses nasales, mais elle n'envahirait pas la zone regardée comme dangereuse, c'est-à-dire le larynx. Les fausses membranes, tout en pouvant être assez abondantes pour tapisser parfois la cavité gutturale presque tout entière, se propageraient cependant avec plus de lenteur que d'ordinaire. Elles seraient plus blanches, plus compactes, plus adhérentes que dans les formes précédentes. Leur durée ne serait pas sensiblement moindre qu'habituellement, souvent même elles persisteraient plus longtemps. Les phénomènes réactionnels, tels que dysphagie, chaleur dans la gorge, seraient ceux d'une angine ordinaire ; et, bien que l'abattement, la prostration soient moins marqués que dans la diphtérie commune, ces phénomènes existeraient ici également jusqu'à un certain degré.

Diphtérie à allure d'angine simple. — Dans les foyers épidémiques nettement circonscrits, où la transmission peut bien être étudiée, par exemple dans les foyers familiaux, certains auteurs crurent avoir constaté, parmi les cas d'angines pseudomembraneuses typiques, d'autres faits, beaucoup plus rares, il est vrai, où les dépôts fibrineux semblaient faire défaut, malgré l'existence incontestable d'autres symptômes diphtériques. Etait-ce une pseudo-angine vulgaire relevant en réalité du fléau et se cachant, pour ainsi dire, sous des traits empruntés ? Trousseau n'hésita pas à se prononcer pour l'affirmative ; il soutint même, et avec raison, que ces inflammations suspectes du gosier pouvaient parfaitement transmettre l'affection.

Complications. — Le *coryza* et la *laryngite* sont des traits si habituels de la maladie que les auteurs n'ont pas

cru devoir les considérer comme des complications proprement dites; mais il n'en est pas de même de certaines manifestations morbides. Pour leur exposition, nous suivrons l'ordre chronologique de leur découverte.

Les *hémorragies multiples*[1], signalées depuis le XVIIe siècle, furent assez fréquemment mentionnées, au cours de certaines épidémies, par nos prédécesseurs immédiats. Ainsi Roche[2] et plus tard Monneret[3] soutinrent même que le mal était toujours hémorragique et que les fausses membranes ne leur semblaient nullement le résultat d'une exsudation, mais le reliquat d'une couche de sang épanchée en nappe, dont seule la partie fibrineuse aurait subsisté[4]. Puis, on compara ces hémorragies à celles de certaines formes graves de la variole, de la scarlatine, de la rougeole, de la fièvre typhoïde, de la peste, et on les attribua, comme dans ces pyrexies, à un état dissous du sang. Peter insista sur ce fait qu'elles constituaient un des attributs caractéristiques de la diphtérie maligne, secondaire ou non.

Les *troubles nerveux* graves, non paralytiques, des variétés septiques de l'affection, plus ou moins semblables au garotillo des auteurs espagnols, sont également de connaissance ancienne (carphologie, somnolence, délire violent, etc.).

Les *localisations anormales* du fléau, telles que celles de la peau[5], des organes génitaux[6], de l'anus[7], des yeux[8], des oreilles furent signalées principalement par Trousseau,

1. Voir, en outre des auteurs cités, Bretonneau, Roche, Trousseau, Gervais, volume IV, p. 528. — 2. Principalement par Trousseau, par Peter, par Milliard, etc. — 3. Voir volume IV, p. 401. — 4. A cause de l'adhérence de cette substance. — 5. Voir Bretonneau, volume IV, p. 316. — Trousseau, p. 412 (id.). — 6. Voir volume IV, p. 424 et p. 365 (cas de Bourgeois). — 7. Voir volume IV, p. 365, 377, 425. — 8. Voir volume IV, p. 534.

qui les étudia très complètement pendant l'épidémie d'Indre-et-Loire, en 1828. Rappelons pourtant que Bourgeoise et Lespine signalèrent avant lui celles de l'anus, que Bourgeois mentionne l'envahissement de l'oreille par le conduit, dès 1825. Mais, bien que les Français aient à plusieurs reprises parlé de ces propagations otiques, leurs mentions sont si brèves que l'honneur de les avoir décrites paraît en revenir aux Allemands, c'est-à-dire à Troelsch, Wreden et Wendt. La conjonctivité diphtérique, si grave, a été entrevue par de Graefe père, puis par le Français Magne, qui en fit une maladie locale. Peter[1], beaucoup plus exact et plus explicite, en donna ensuite une description assez bonne, en 1863.

L'*albuminurie* de l'angine pseudomembraneuse, étudiée d'abord en Angleterre par Wade[2], puis, en France, par Abeille[3] et Germain Sée[4], fixa de bonne heure l'attention des praticiens, qui espérèrent y trouver un signe différentiel. La clinique et les recherches des anatomopathologistes démontrèrent que les lésions rénales qui la déterminent étaient en somme le plus souvent très légères. Suivant Collendreau[5], elle surviendrait à toutes les périodes du mal, même pendant la convalescence. D'après quelques auteurs, elle résulterait de l'asphyxie ; Gubler[5] l'expliquait par une dénutrition exagérée, mais l'idée d'une néphrite catarrhale ne tarda pas à être acceptée. Lewin, Barbosa, Bergeron, Mangin, etc., lui attribuaient une certaine valeur au point de vue du pronostic, mais cette opinion ne fut pas confirmée, parce qu'on nota bientôt l'apparition de l'albuminurie dans des cas

1. Voir volume IV, p. 535. — 2. Voir volume IV, p. 560. — 3. Voir volume IV, p. 560. — 4. Voir volume IV, p. 560. — 5. Voir volume IV, p. 565.

très légers. Quant à l'abondance du précipité albumineux, on le considérait comme étant des plus variables.

L'*endocardite* fut décrite pour la première fois par Bridger John, de Cletenham [1], en 1864. En France, Labadie-Lagrave [2] revint sur cette complication en 1871 et en exagéra un peu la fréquence.

La *myocardite graisseuse* [3] avait été signalée de bonne heure par les anatomo-pathologistes, qui l'avaient rencontrée souvent (steatose du cœur) au cours de leurs autopsies.

La *thrombose cardiaque* [4], considérée comme expliquant la mort subite au cours de la diphtérie, fut signalée par Winckler. Elle fut l'objet d'un grand nombre de travaux, parmi lesquels l'excellente monographie de Robinson-Beverley.

La *péricardite* [5], exceptionnelle du reste, fut mentionnée assez tard et d'une façon insuffisante.

La *paralysie diphtérique* fut entrevue par quelques auteurs des siècles précédents [6] (Heredia, Herrera, Ghisi, Chomel l'ancien, Samuel Bard). Au début du XIXe siècle, Sédillot [7] jeune en publia une assez bonne observation; d'autre part, Bourgeois [8], et surtout Orillard [9] en citèrent des exemples bien authentiques. Néanmoins, l'attention ne fut attirée sur ce point que par le mémoire de Trousseau et de Lasègue [10] sur la paralysie staphylienne, en 1851. Ces auteurs ne pensèrent pas du reste à un trouble nerveux et attribuèrent les phénomènes observés à des alté-

1. Voir volume IV, p. 567. — 2. Voir Collendreau, volume IV, p. 568. — 3. Voir Collendreau, volume IV, p. 568. — 4. Voir volume IV, p. 569. — 5. Voir volume IV, p. 570. — 6. Voir volume II, article Diphtérie, période espagnole et italienne, XVIIe siècle, et volume IV, p. 574. — 7. Voir volume IV, p. 575. — 8. Voir volume IV, p. 372, l'observation d'Allard. — 9. Voir volume IV, p. 573, note. — 10. Voir volume IV, p. 577. Lasègue continuera à maintenir son opinion.

rations musculaires. Peu après, Morisseau[1] publiait des faits identiques ; il traita et guérit les symptômes observés par le courant continu. Mais c'est la thèse de Maingault[2] qui secoua l'apathie générale sur ce sujet. Il attribua les symptômes parétiques à des lésions vraisemblables des nerfs du voile, tout en regardant comme possible parfois l'hypothèse des altérations musculaires. En 1855, Trousseau[3], dans une brillante leçon, résuma l'état de la question, et, utilisant les travaux de Maingault, montra que la paralysie était loin de se localiser toujours au voile, et qu'elle avait souvent au contraire une tendance à se disséminer dans tout l'organisme. Il signala les troubles concomitants de la sensibilité et parla le premier de l'amaurose diphtérique, qu'il avait observée chez une jeune américaine. Dès lors, les communications se multiplièrent en grand nombre[4]. On admit bientôt qu'il s'agissait d'un accident de convalescence[5], que celui-ci survenait dans toutes les formes de diphtérie, même les plus légères[6], que ses localisations étaient très diverses et pouvaient même envahir certains organes, tels que l'œil et le larynx, tout en respectant les muscles de la vie organique, qu'il s'agissait plutôt d'une *parésie* que d'une paralysie véritable, et que ces troubles moteurs en définitive finissaient par disparaître au bout d'un temps plus ou moins long. Leur gravité fut d'autre part démontrée par quelques cas de morts et aussi par la longue durée et l'intensité des accidents chez quelques malades[7].

1. Voir volume IV, p. 581. — 2. Voir volume IV, p. 582. — 3. Voir volume IV, p. 584. — 4. Voir volume IV, p. 585, la communication de Faure. — 5. Maingault insiste beaucoup sur cette particularité, indiquée par Trousseau. — 6. Voir, à ce sujet, la thèse de Pératé, qui en outre étudie, remarquablement pour l'époque, la diphtérie nasale et l'amblyopie visuelle. — 7. Pour la clinique, le mémoire de Maingault

Quelle était l'origine de ces phénomènes d'allure si particulière? Trousseau et ses élèves soutinrent que la diphtérie devait être incriminée et qu'il s'agissait en somme d'une paralysie spécifique. Cette opinion ne fut pas adoptée par Gubler[1]. Il essaya de démontrer que les paralysies vélaires par exemple se retrouvaient dans des angines nullement pseudomembraneuses, et il compara les phénomènes en question à ce qu'on observe quelquefois au cours de certaines maladies, telles que la pneumonie et la fièvre typhoïde. Il les attribua non seulement à une *asthénie profonde*, mais à une inaptitude à conduire les impressions ou les excitations motrices. Néanmoins, l'idée d'une lésion nerveuse s'imposa bientôt de plus en plus. Germain Sée [2] conclut, à cause de la dissémination des troubles observés, que le bulbe devait être atteint. L'observation célèbre de Vulpian [3] prouva que la diphtérie pouvait intéresser les nerfs, puisque ceux du voile étaient, dans son cas, atteints d'une névrite assez marquée.

Marche. — L'irrégularité de l'évolution, l'absence en un mot d'une marche cyclique fixa bientôt l'attention des observateurs. Empis [4] reconnut franchement que rien ne rappelle ici l'allure de la pneumonie et que la durée du mal, par exemple, n'est nullement fixée, bien qu'elle ne dépasse guère deux ou trois semaines, sauf dans quelques faits où elle se prolonge longtemps et devient presque chronique, éventualité qui du reste serait tout à fait exceptionnelle. Trousseau [5], et ceux qui furent ses contempo-

fixe, en quelque sorte, l'état de la science sur ce point, voir volume IV, p. 595, l'analyse de celui-ci. Consulter aussi les cliniques de Trousseau, voir volume IV, p. 692, ou des passages en sont rapportés. — 1. Voir volume IV, p. 612. — 2. Voir volume IV, p. 617. — 3. Voir volume IV, p. 618. — 4. Voir volume IV, p. 434. — 5. Voir volume IV, p. 434 et aussi 484.

rains et ses successeurs immédiats, ont signalé avec soin les *poussées* successives; ils ont mentionné aussi les exacerbations subites qui transforment en une très mauvaise forme un cas qui d'abord semblait léger. Du reste, on savait que l'allure et la gravité des accidents et leur prolongation dépendaient beaucoup de l'envahissement du larynx ou au contraire du cantonnement du mal dans la cavité pharyngée. Un autre facteur des plus importants à considérer à ce point de vue, c'est-à-dire l'existence ou l'absence d'une diphtérie maligne, fut parfaitement mise en relief dès la terrible épidémie parisienne de 1855. A cette époque, Trousseau[1] distingua, comme nous l'avons dit précédemment, une variété hypertoxique, foudroyant les malades en deux ou trois jours. Enfin, la marche anormale et l'allure insidieuse de la diphtérie secondaire fut parfaitement élucidée, d'abord par Rilliet et Barthez[2], puis par Peter[3].

Pronostic. — Le pronostic se basa d'abord, du temps de Bretonneau, sur l'existence ou l'absence de troubles mécaniques de la respiration, c'est-à-dire sur l'existence ou non d'une laryngite. Plus tard, à partir de 1855, on tint le plus grande compte de la malignité de la diphtérie. Enfin, quand les complications furent mieux connues, les cas de mort subite ou de paralysies en pleine convalescence firent établir des réserves formelles, même quand les fausses membranes semblaient avoir complètement disparu. Du reste, Trousseau avait insisté beaucoup sur la lenteur avec laquelle le malade se remettait[4] et sur les dangers sérieux de l'inanition chez des sujets qu'on croyait tirés définitivement d'affaire. Bien entendu, la

1. Voir volume IV, p. 497. — 2. Voir volume IV, p. 469. — 3. Voir volume IV, p. 539. — 4. Voir cliniques de l'Hôtel-Dieu, article Diphtérie.

diphtérie secondaire, survenant dans un organisme épuisé, fut regardée comme d'un très mauvais augure, supposition que ne justifiaient que trop les événements.

Diagnostic. — L'existence d'un foyer épidémique, les circonstances où se développait le mal constituaient naturellement un des éléments les plus sérieux du diagnostic, ainsi que l'existence de fausses membranes. Si celles-ci avaient l'air de s'étendre, si leur aspect était un peu grisâtre, si elles se détachaient assez facilement, mais pour récidiver aussitôt, le diagnostic n'était plus hésitant. Dans les cas douteux, on insistait beaucoup sur l'insidiosité des symptômes généraux, sur la teinte plombée, l'abattement et surtout sur la présence de l'adénite. On ne connaissait d'ailleurs que deux angines blanches capables réellement d'en imposer, l'herpès de la gorge et l'angine pultacée. Le premier était distingué habituellement par la présence d'un herpès labial, par la violence de la réaction symptomatique, par la blancheur et l'adhérence plus marquées, que celles de la diphtérie, de ses fausses membranes bien moins envahissantes. Quant à l'angine pultacée, le dépôt blanchâtre présentait, disait-on, une consistance grumeleuse facile à détacher, bien localisée d'habitude aux amygdales ; enfin les circonstances spéciales de son début, telles que l'existence d'une scarlatine, étaient regardées déjà comme un signe de présomption. Mais ce qui compliqua beaucoup les choses, c'est la connaissance plus exacte de la diptérie secondaire. Dès lors, dans la scarlatine par exemple, faute de critérium bactériologique, on dut s'en tenir au flair clinique, ou mieux, à la marche ultérieure des accidents.

VIII. — ANGINE CHRONIQUE

Parmi les angines chroniques décrites dans les deux premiers tiers du XIXe siècle, les unes étaient connues depuis longtemps (hypertrophie des amygdales palatines), les autres ont été des créations nouvelles ; mais toutes n'ont pas été conservées. Ainsi, l'une d'entre elles tend de plus à être rejetée (angine scrofuleuse). D'autre part, l'angine catarrhale chronique (dans sa variété la plus importante : catarrhe du cavum) a été entrevue très tard. Seule l'angine granuleuse, une des entités morbides créées à cette époque, fut étudiée d'une façon assez complète et vraiment clinique.

A. — Angine scrofuleuse

Lorsque la diathèse scrofuleuse eut été constituée, ses partisans ne tardèrent pas à rechercher quelles pouvaient être ses manifestations du côté de la gorge[1]. On lui rattacha le catarrhe chronique, l'hypertrophie des amygdales palatines, un certain nombre d'états granuleux du pharynx (Bazin, Guéneau de Mussy) ; mais, comme le fait remarquer Lasègue[2], sauf l'allure traînassante et la fréquence des récidives, rien ne vient déceler cette origine. Hamilton[3] sembla faire accomplir un progrès décisif en distinguant des lésions anatomiques un peu plus nettes que les précédentes et permettant, suivant lui, d'admettre deux formes d'angine scrofuleuse, l'une bénigne, l'autre grave. La première serait l'angine granuleuse compliquée de catarrhe chronique et d'hypertrophie tonsillaire,

1. Voir volume IV, p. 654. — 2. Voir volume IV, p. 740, Lasègue rejetté l'origine scrofuleuse. — 3. Voir volume IV, p. 655.

la seconde, primitive ou succédant à l'autre variété, serait caractérisée par des ulcères plus ou moins étendus, à bords irréguliers, peu profonds, à fond inégal et granuleux, tapissé par une matière muco-purulente d'un jaune verdâtre. Dans d'autres cas, un peu plus rares que les précédents, et qui sont en quelque sorte l'accentuation de la variété que nous venons d'exposer, il existerait, en outre de l'ulcère, des saillies et des parties labourées par un travail cicatriciel. En 1872, Isambert[1], rappelant les travaux d'Hamilton, admit une forme scléreuse à allure insidieuse et chronique, caractérisée par une teinte cireuse et violacée des lésions et aussi par des petits ulcères résultant de la fonte des granulations. Au niveau des pertes de substance, la muqueuse se montrerait enflammée et bourgeonnante. Les ganglions du cou paraîtraient assez souvent engorgés. On noterait de la dysphagie légère, du rejet des aliments par le nez, du nasonnement.

Il est évident que, sauf les formes légères qui peuvent manifestement être engendrées par des causes très diverses, les altérations morbides signalées par Hamilton et Isambert relèvent soit du lupus, soit peut-être de la syphilis héréditaire, comme on le soutint à la Société médicale de Vienne, en février 1871. Il semble cependant que les organes, lorsqu'ils sont viciés par une mauvaise hérédité ou de déplorables conditions hygiéniques, épuisés souvent aussi par de graves maladies antérieures, ont des réactions caractéristiques sinon au point de vue symptomatique du moins du côté de la marche. Tout n'est donc pas inutilisable parmi les matériaux que nous ont laissé quelques-uns de nos prédécesseurs. Il s'agit en

1. Voir p. 656.

somme d'une question dont tous les points ne sont pas encore élucidés (Voir travaux de Gaston).

B. — Angine granuleuse

Le mérite d'avoir fait connaître l'angine granuleuse revient certainement à Chomel[1] ; en effet, les quelques précurseurs qu'on peut citer, notamment Gaillard, de Poitiers, se sont contentés d'indications brèves et imprécises. Chomel au contraire a fait ressortir la fréquence, la très longue durée, la prédilection pour l'âge adulte et le sexe masculin. Il fit jouer un certain rôle à la respiration buccale. Il nota l'invasion insidieuse du mal, la sensation obscure de gêne, de corps étranger, puis l'ardeur à la gorge, le caractère visqueux de l'expectoration, l'existence de petites élevures rouges disséminées sur les parois du pharynx, qui conserveraient, du reste, leur teinte normale. Il compara ces granulations à celles du col de l'utérus, et les attribua en grande partie à la diathèse herpétique (arthritisme) ; il institua le traitement par les eaux sulfureuses dont l'efficacité, quoique limitée, ne fait plus de doute. Boulard insista[2] sur le côté professionnel de l'étiologie qui n'avait été qu'esquissé par Chomel. Les malades auraient, selon lui, la sensation de particules de sable collées sur les parois de la gorge. Quant à l'expectoration, on dirait de l'empois cuit ou du frais de grenouille. Le timbre de la voix s'altère, devient sourd, baisse de plusieurs tons dès que le larynx est envahi, ce qui est pour ainsi dire constant. Le sujet ne peut plus parler sans éprouver une grande fatigue. Les

1. Voir volume IV, p. 657. — 2. Gaillard se borne en effet à des allusions vagues, voir volume IV, p. 658. Chomel est nettement explicite, voir p. 659.

granulations siégeraient souvent sur le voile et les piliers; mais leur siège d'élection serait la paroi postérieure du pharynx dont les vaisseaux sont manifestement dilatés. Quoique toujours chronique et progressive, la marche présenterait souvent des rémissions assez notables. Les poussières, un air froid et sec, exacerberaient les symptômes; à côté des eaux sulfureuses, l'auteur préconise l'emploi du nitrate d'argent.

Green [1] n'a guère fait que compléter, sur des points secondaires, les deux nosologistes français, et parfois il a commis des erreurs assez graves, par exemple, quand il admet l'ulcération possible des granulations. Il regarde comme incontestable l'influence de l'hérédité, et pense que le climat froid des régions septentrionales est un facteur étiologique important. Lui aussi signale le côté professionnel de l'étiologie. Il pense que le tabac, par l'irritation constante qu'il détermine, peut aussi être incriminé avec juste raison. Enfin il insiste, évidemment outre mesure, sur le développement parfois énorme que prendrait la luette; celle-ci pénétrerait à certains moments dans l'orifice supérieur du larynx amenant des crises de suffocations assez graves. En dehors de ces accès elle serait une cause perpétuelle de nausées.

Guéneau de Mussy [2], utilisant les travaux de ses devanciers, fit peu à près paraître une monographie très complète, qui fixa pendant longtemps l'état de la question. Il distingua non seulement l'apparition de poussées aiguës, mais, même parfois, l'existence d'une phase aiguë, précédant l'établissement des phénomènes chro-

1. Green est très cité par les médecins de langue anglaise; mais ses constatations sont en retard, voir volume IV, p. 666. — 2. Voir volume IV, p. 670.

niques. A côté des variétés herpétiques, il tendit à admettre des angines granuleuses à étiologie banale, « comme il existe des conjonctivites et des métrites granuleuses dégagées de toute influence diathésique ». Cependant, ainsi que son maître Chomel, il est partisan décidé de l'influence arthritique dans la majorité des cas; et si la grippe, par exemple, semble, dit-il, hâter l'éclosion, ce serait par ce qu'elle évolue sur un terrain spécial. Chez les jeunes sujets, où l'affection était reconnue beaucoup plus rare, la scrofule devrait être invoquée (et en effet les granulations sont ici liées à une hypertrophie des follicules clos, coïncidant, le plus souvent, avec l'adénoïdisme c'est-à-dire avec un faciès strumeux [1]). Quoi qu'en dise Chomel, le mal pourrait apparaître dans les premières années du jeune âge. La coïncidence, souvent notée, d'une blépharite ciliaire et d'éruptions cutanées dartreuses tiendrait à l'arthritisme dont relèverait l'angine granuleuse. Fréquemment il y aurait aussi de la calvitie plus ou moins accentuée et pour les mêmes motifs que précédemment. L'auteur revient sur la coïncidence de l'angine granuleuse des jeunes sujets et du palais ogival et sur l'influence étiologique de la respiration buccale, mentionnée par Chomel, mais sans rien ajouter de nouveau sur la question. Comme Green, il signale les dépôts calcaires qu'on retrouve chez un grand nombre d'individus atteints de cette affection. A l'exemple de ses devanciers, il tend à penser que les saillies disséminées sur les parois du pharynx sont dues à une hypertrophie glandulaire. Spengler [2] s'éleva, en 1862, contre la généralisation excessive de cette idée et, à côté du mécanisme patho-

1. Lasègue attribue aussi au lymphatisme les granulations des jeunes sujets, voir volume IV, p. 692. — 2. Voir volume IV, p. 679.

génique invoqué jusqu'alors, quand on émettait une opinion sur le sujet, il admit de véritables nodules fibreux, de nouvelle formation, qui résulteraient de la prolifération du tissu cellulaire des parois pharyngées. Ces idées furent adoptées en 1873 par Domenico Severi, qui publia un intéressant article sur ce point d'anatomie pathologique.

Peter[1] admit que l'air froid pénétrant directement dans le pharynx joue le plus grand rôle dans l'étiologie de l'affection. Ceci arriverait quand la diction est fautive et que la voix n'est pas bien conduite ; mais, pour que cette cause agisse, il faudrait un terrain spécial, c'est-à-dire l'arthritisme. Sa description des désordres anatomiques, empruntée, du reste, en grande partie à Krishaber, est pour ainsi dire définitive. La muqueuse serait, dit-il, d'un rouge uniforme ou ponctué ; d'autres fois elle paraîtrait bleuâtre, quasi ardoisée, sillonnée par de gros vaisseaux variqueux qui serpentent entre les granulations. Celles-ci prédomineraient le long des piliers pharyngo-staphylins et à la paroi postérieure du pharynx, tapissée par des matières visqueuses très adhérentes et comme ambrées, Quand les saillies sont très abondantes, elle prendrait un aspect mamelonné caractéristique. Ces nodules ressembleraient pour leur volume à des grains de mil. Leur réunion formerait des pilastres allongés ou des arabesques capricieuses, donnant à la paroi pharyngienne un aspect réticulé. Leur coloration semblerait toujours plus foncée que celle du reste de la muqueuse. La luette serait toujours hypertrophiée, comme l'avait vu Green, souvent bifurquée ou même trifurquée. La confluence des granulations, au niveau de l'orifice de la trompe d'Eustache, entraînerait

1. Voir volume IV, p. 687.

des troubles auriculaires souvent assez graves ; mais c'est surtout le larynx qui souffrirait des atteintes du mal, principalement l'épiglotte.

Lasègue[1] croit, au contraire, que l'organe vocal peut parfaitement être respecté et que l'existence simultanée d'une laryngite et d'une pharyngite est loin d'être toujours constante. Dans le pharynx même, le mal pourrait se cantonner à diverses hauteurs. D'ailleurs, chez les enfants, l'affection aurait une allure particulière ; elle débuterait par la partie supérieure de l'organe, s'accompagnerait d'enchiffrènement, de nasonnement, de ronflement (végétations). Les saillies seraient rondes, demi-transparentes, de volume et d'abondance variables ; la muqueuse se montrerait peu colorée mais très inégale. Le mucus proviendrait d'en haut ; il serait très visqueux et constituerait sur les parois pharyngées comme une sorte de vernis. Chez l'adulte on pourrait noter assez souvent des phénomènes semblables avec prédominance des lésions dans le voisinage de l'orifice tubaire ; mais, plus souvent, on observerait la pharyngo-laryngite classique.

C. — Amygdalite chronique

Bien étudiée déjà aux époques précédentes[2], l'amygdalite chronique a fait néanmoins, au cours des deux premiers tiers du XIXe siècle, l'objet de travaux importants.

Tout d'abord l'*étiologie* a suscité des querelles assez ardentes. Lasègue a considéré l'hypertrophie des tonsilles comme innée[3], c'est-à-dire comme une sorte de malformation congénitale, du moins chez les enfants ; car, chez les

1. Voir volume IV, p. 692. — 2. Voir Hypertrophie des amygdales, volume II. — 3. Voir volume IV, p. 733.

adultes, il accepte, bien entendu, l'influence évidente des inflammations répétées. Suivant les protagonistes de la diathèse scrofuleuse, celle-ci serait la cause véritable, le terrain indispensable sans lequel les irritations banales resteraient sans effet[1]. D'autres, moins partisans de ces pathogénies plus ou moins mystérieuses, évoquaient, dans le jeune âge, des stomatites, des angines souvent très légères et surtout des troubles d'ordre dentaire (Robert, Guersant).

Les *lésions*, que l'on pouvait facilement étudier sur des tonsilles hypertrophiques, enlevées sur le vivant, furent l'objet de descriptions minutieuses, notamment de la part de Chassaignac[2]. On nota les altérations morbides dont les cryptes étaient souvent atteintes et on distingua des inflammations lacunaires, catarrhales, purulentes ou calculeuses. A côté des cavités, assez vastes d'habitude, constituées par les cryptes malades, on constata l'existence de gros trousseaux fibreux s'entrecroisant dans toutes les directions ; mais la transformation scléreuse ne parut pas toujours aussi accentuée, et l'on distingua des variétés *molles* à côté des variétés *dures*.

L'aspect spécial des glandes augmentées de volume, l'existence d'orifices béants correspondants aux cryptes et pouvant être confondus avec des ulcères, la pédiculisation ou l'état sessile, les troubles réactionnels ayant été fort bien dépeints antérieurement, notamment au XVIIIe siècle, il restait peu à faire sur ce sujet ; mais il n'en était pas de même des *perturbations auditives*[3], un

1. Bazin note l'hypertrophie des amygdales parmi les manifestations précoces de la scrofule. Guersant, Follin et Duplay (volume IV, p. 745) acceptèrent, ainsi que beaucoup d'autres, cette opinion. — 2. Voir volume IV, p. 725. Voir aussi l'Anatomie pathologique de Cruveilhier. — 3. Signalées de bonne heure par Itard, Ménière, Kramer, etc., et par nombre de nosologistes de l'époque (Grisolle, Andral, etc.).

peu négligées autrefois. Généralement on attribuait les symptômes de surdité, signalés par un très grand nombre de médecins et d'auristes, dès le début du xixe siècle, à une obstruction mécanique de l'orifice tubaire, produite par la glande hypertrophiée, qui débordait en arrière, pour se porter du côté du cavum ; mais quelques auteurs, surtout Lasègue, firent bientôt jouer un rôle important aux manifestations catarrhales que l'on constate souvent chez les sujets atteints d'hypertrophie tonsillaire. Suivant ce dernier auteur, en effet, l'amygdale malade et anormalement volumineuse serait une sorte d'épine inflammatoire, provoquant des poussées inflammantes du côté du nez, des trompes et même du larynx, et dont le sort et la durée seraient variables.

Mais le principal mérite de cette époque a été de bien mettre en lumière *l'obstruction nasale*, ainsi que les *déformations squelettiques*, faciales et thoraciques, qui en résultent. On peut dire que la symptomatologie et les plus graves conséquences de l'adénoïdisme avaient donc été décrites sans qu'on connût les végétations. Qu'on transporte à celles-ci le tableau morbide attribué aux hypertrophies des tonsilles palatines et la description, même à l'heure actuelle, ne manquera pas d'exactitude.

C'est Dupuytren [1] qui vit la corrélation entre certaines malformations de la poitrine et la saillie exagérée des amygdales. On dirait, dit-il, que le thorax en question a été comprimé, encore mou, de façon à rapprocher les deux faces latérales, comme on le fait pour étouffer des pigeons. Il cite les troubles respiratoires et circulatoires qui résultaient de ce rétrécissement. Coulson et Warren [2] firent, après Dupuytren, quelques remarques intéressantes

1. Voir volume IV, p. 709. — 2. Voir volume IV, p. 712.

sur le sujet, mais sans développer beaucoup la question. Il n'en fut pas de même de Robert[1]. Cet habile chirurgien attribua à la respiration buccale non seulement les déformations thoraciques mais le *palais ogival*, le rétrécissement de la face et la minceur du nez. Cette dernière résulterait, suivant lui, d'un arrêt de développement par absence de fonctionnement des fosses nasales. L'air étonné des sujets, leur aspect chétif, l'ouverture béante de leur bouche, le ronflement pendant le sommeil, l'existence fréquente de crises de suffocation interrompant brutalement celui-ci, la toux sèche, l'insuffisance de l'hématose sont très bien décrits, et sur ce point il a peu laissé à faire à ses successeurs. Les différentes rhinonalies ont été également signalées par lui, sinon complètement étudiées. « Le gonflement chronique des tonsilles, dit-il, exerce une influence connue et bien constante sur la voix des adultes ; chez les enfants il rend le timbre sourd, un peu nasonné, mais guttural et tellement caractéristique, qu'il suffirait à lui seul pour faire connaître la maladie. »

Les déformations thoraciques furent, de sa part, l'objet d'un examen attentif; il les attribua au vide qui se produit pendant l'inspiration et qui tend, dit-il, à rétrécir la poitrine. Les parois antérieure et postérieure pouvant s'appuyer, la première sur le sternum, la seconde sur la colonne vertébrale, les parois latérales seraient seules à souffrir de cet excès de pression externe que l'air contenu dans le thorax ne contrebalance plus. Lambron[2], cité par Desnos, sembla avoir mieux compris le mécanisme de l'aplatissement latéral, si bien dépeint par Robert; il invoqua non plus le vide inspiratoire, mais la

1. Voir volume IV, p. 713. — 2. Voir volume IV, p. 744

traction exercée sur les côtés par les digitations du diaphragme.

D. — Angine chronique catarrhale

La principale, sinon l'unique variété de l'angine chronique catarrhale, c'est-à-dire le catarrhe naso-pharyngien, n'a été connu bien entendu qu'au moment où la rhinoscopie postérieure a été introduite dans la pratique. Nous en avons tracé l'historique autre part, et nous ne croyons pas devoir revenir ici sur cette question, parce qu'en somme les travaux publiés sur le sujet sont si récents qu'ils n'appartiennent guère à la période que nous étudions. Rappelons cependant qu'en France, Lasègue a donné[1], en 1866, la description d'un syndrome complexe auquel il a imposé le nom de catarrhe pharyngé. La première variété serait diffuse d'emblée et occuperait tout l'organe sans phase apparente d'exacerbation ou de rémission. La douleur ou plutôt la gêne ne se montrerait guère du reste qu'au moment des repas, surtout après l'usage de boissons alcooliques. Elle consisterait surtout en un sentiment de chaleur, de sécheresse. Lorsque les phénomènes arrivent à être incommodes, les malades viennent trouver le médecin qui ne peut par conséquent observer les phénomènes initiaux du mal. L'âpreté que le patient ressent dans la gorge fait qu'il boit fréquemment pour la diminuer, et ces excès de boissons fatiguent à la longue l'estomac et déterminent l'apparition de troubles gastriques. La membrane

1. Voir volume IV, p. 696. Cette forme d'angine chronique n'ayant été décrite que par Lasègue, nous l'avons laissée dans le paragraphe consacré à l'angine granuleuse, dans la partie de cet ouvrage consacré à l'exposition des matériaux.

muqueuse, un peu sèche, serait gonflée et rouge, légèrement chaude, veloutée à une pression modérée du doigt, empâtée à des degrés divers quand on appuie davantage. Il existerait des plis, des saillies, que l'on fait apparaître facilement, quand on invite le malade à avaler un peu de liquide.

Quelle que soit la diffusion des lésions dans le pharynx, les cavités voisines seraient rarement envahies, et ceci serait vrai pour le nez et les trompes, comme pour le larynx.

I. — PROCESSUS INFLAMMATOIRES SECONDAIRES (Ve Volume)

I. — Lésions inflammatoires vulgaires

A. — Déterminations pharyngées de la rougeole

Les célèbres épidémiologistes anglais Sydenham, Morton, Huxham et l'italien Borsieri [1] avaient si bien observé les diverses manifestations des fièvres éruptives [2], que les déterminations pharyngées de ces dernières ne pouvaient guère leur échapper. Pour la rougeole notamment, ils ont signalé non seulement l'énanthème guttural, mais encore l'existence de véritables angines. Néanmoins, ils n'avaient guère fait qu'esquisser la question et celle-ci restait à compléter sur bien des points.

L'énanthème n'avait pas été étudié, par exemple, quant à la *date de son apparition*; et cependant on sait combien celle-ci est importante pour fixer la nature des accidents morbides observés. Heim et d'Espine, à Genève, semblent

1. Voir volume II, p. — 2. Voir volume V, p. 17.

avoir les premiers entrevu que l'éruption se faisait d'une façon plus précoce sur le bucco-pharynx que sur le revêtement cutané. Dans son travail sur la desquamation épithéliale au cours de la rougeole, Heft[1] conclut, en 1843, que des taches rouges apparaissent dans cette cavité avant l'exanthème, au moins chez beaucoup de sujets. Il paraît que Broussais[2] partageait le même avis (communication orale de Champouillon à l'Académie de médecine). Lasègue[3] pense aussi que le mal fait sentir ses premiers effets sur la gorge, mais au début il ne décrit qu'une rougeur diffuse ; l'énanthème ne deviendrait, en somme, caractéristique qu'au moment où la peau est intéressée. C'est Girard[4], de Marseille, qui a en somme attiré véritablement l'attention sur cet intéressant problème clinique. Il a noté, plusieurs jours avant toute tache cutanée, un pointillé rouge sur le voile et la face interne des joues ; parfois même, celui-ci existerait avant tout symptôme pouvant faire supposer la rougeole.

L'*angine* morbilleuse, si peu marquée chez la plupart des malades que les symptômes se réduisent à un peu de congestion, de sécheresse et de dysphagie, ne semble pas cependant avoir toujours cette bénignité, que la plupart des nosologistes du XIXe siècle eurent le tort de regarder comme une règle absolue. Dans certaines épidémies, comme celle de Montpellier (1858-1859) rapportée par Chabrier[5], il existait une tendance marquée à ce que l'on appelait alors la pharyngite « sténique », c'est-à-dire franchement inflammatoire. Même à l'état sporadique, quelques individus en présenteraient des exemples, ainsi que cela résulte de l'article sur la rougeole, que

1. Voir volume V, p. 17. — 2. Voir volume V, p. 18. — 3. Voir volume V, p. 14. — 4. Voir volume V, p. 18. — 5. Voir volume V, p. 10.

Monfalcon a écrit, au commencement de la période que nous étudions, pour le *Dictionnaire en soixante volumes*. Rilliet et Barthez[1] ont vu, dans un cas, survenir une phlegmasie gutturale diffuse de mauvais aspect, avec ramollissement consécutif de la muqueuse et formation de plusieurs ulcères. Ces auteurs[2] ont bien décrit les accidents *gangreneux* du pharynx qui viennent parfois compliquer le noma. Rappelons que Borsieri avait déjà dit quelques mots sur ces accidents qui furent bientôt assez connus. On en fixa l'ordre d'apparition (convalescence ou fin de mal), le caractère secondaire, le peu de réaction morbide, malgré l'importance des lésions diffuses ou circonscrites.

Les *otites* signalées déjà par Itard, Kramer, Ménière père, furent l'objet dc recherches attentives de la part de Triquet, quand il étudia, vers 1850, les complications auriculaires des maladies générales fébriles. Il rencontra assez fréquemment des désordres étendus. Son maître, Trousseau, dont l'attention avait été probablement éveillée par les différentes remarques de son disciple et vraisemblablement aussi par des faits caractéristiques de sa clientèle, mentionne[3], d'une façon catégorique, l'importance et la fréquence des altérations morbides déterminées par la rougeole du côté de l'appareil de l'ouïe. Étant données les conceptions erronées de l'époque, il croit que le mal se propage de dehors en dedans, c'est-à-dire du conduit vers la caisse; mais, si l'on consent à ne pas trop tenir compte de cette méprise, due surtout à Kramer, le continuateur allemand d'Itard, il faut constater que le grand clinicien possédait déjà sur ces otites rubéoliques

1. Voir volume V, p. 48. — 2. Voir volume IV, p. 315 (angine gangreneuse). — 3. Voir volume V, p. 19.

bien des notions précieuses. Il signale même la propagation possible à la mastoïde[1] et l'existence de graves symptômes de sinusite, caractérisés surtout par de l'infection purulente typique. Son chef de clinique, Moynier[2], a fait une étude détaillée de ces accidents morbides, où il fait jouer aux phlegmasies des cavités annexes un certain rôle. « Nous avons vu un assez grand nombre d'otites simples ou suppurées survenir dans la rougeole à la suite du coryza ou de la pharyngite ». Celles-ci, très fréquentes dans l'épidémie qui régna à Paris en 1857, auraient parfois été précoces. « Il était très fréquent de voir le début de la rougeole se marquer par des douleurs d'oreille, qui n'étaient souvent que de l'otalgie, mais qui souvent dépendaient d'une véritable otite. » L'auteur cite de nombreux cas empruntés à la clientèle de son père, à celle de Trousseau, de Gubler, de Ménière, et il conclut : « Ainsi donc, l'otite n'est pas une complication rare de la rougeole, et nous pensons que, si on y apportait plus d'attention, on en trouverait plus souvent. »

Les catarrhes et même les *hypertrophies tonsillaires*[3], si fréquentes à la suite de la rougeole, n'avaient pas échappé au remarquable esprit d'observation de Lasègue. « Les amygdales, dit-il, participent essentiellement à l'affection ; elles augmentent de volume et restent souvent tuméfiées et irritables ». Comparant ces reliquats durables à la réaction symptomatique si bruyante mais en général si passagère de la scarlatine, il ajoute : « Autant la scarlatine avait de véhémence, de tumulte et

1. Voir volume V, p. 20. — 2. Voir volume V, p. 22. — 3. Voir Lasègue, volume V, p. 13. Les catarrhes dont parle l'auteur et l'altération de la santé générale sont surtout le fait des végétations adénoïdes. Il a constaté la perturbation de l'état général sans voir la cause.

de désordre à ses premières comme à ses secondes manifestations, autant la rougeole est insidieuse et tenace... Le morbilleux, réputé guéri, peut garder des lésions qui se perpétuent et qui s'aggravent pendant des mois et des années..... Le médecin qui voudrait écrire une histoire complète de la rougeole, en ne bornant pas, comme d'habitude, son enquête à la phase éruptive, en ne la circonscrivant pas, comme j'ai dû le faire, dans une région limitée, et en prolongeant indéfiniment l'observation des malades, aurait à dérouler un des tableaux les plus saisissants de la pathologie. » En effet, en dehors des tuberculoses locales ou pulmonaires, cette fièvre exanthématique est, comme on le sait aujourd'hui, une cause des plus fréquentes de ces végétations adénoïdes dont l'influence délétère s'étend si souvent à tout l'organisme.

B. — Déterminations pharyngées de la scarlatine

Excellents cliniciens, observateurs minutieux et attentifs, et ayant affaire du reste ici à une fièvre exanthématique dont les déterminations pharyngées sont des plus manifestes et souvent des plus bruyantes, les grands épidémiologistes des époques précédentes nous ont laissé, sur l'angine scarlatineuse, des notions très précieuses par leur netteté et par leur abondance. Le champ avait certainement été défriché, et même on y avait recueilli de riches moissons ; mais il serait exagéré de dire que la question avait été épuisée. Non seulement il fallait rectifier la *méprise* de Fothergill[1] et de quelques autres, qui confondaient, avec la scarlatine sans

1. Voir volume II, p. 256.

exanthème bien apparent, la diphtérie maligne; mais il fallait mieux étudier les *formes cliniques* des phlegmasies gutturales du mal et refaire presque à nouveau l'étude de leurs *complications*, principalement du côté de l'appareil auditif.

Une question du plus haut intérêt se posa tout d'abord aux nosologistes du XIXe siècle. Il s'agissait de savoir si la scarlatine pouvait se cantonner exclusivement du côté de la gorge, sans s'accompagner de la moindre éruption cutanée. Ce problème était d'une importance primordiale pour la description symptomatique, comme pour le diagnostic. Il fut résolu d'une façon assez contradictoire[1]. Les uns s'en tenant aux données de Morton, d'Huxham, de Fothergill, de Borsieri, admirent le fait comme hors de toute contestation ; les autres au contraire le nièrent. Dans le *Dictionnaire en soixante volumes*, Jouin de Saint-Just, qui regarde la scarlatine comme une phlegmasie cutanée, considère les cas de scarlatina sine scarlatinis cités par les anciens comme des erreurs de diagnostic. La même idée est exprimée dans le *Dictionnaire abrégé des sciences médicales*. Grisolle n'est pas convaincu non plus et pense que l'exanthème peut parfois être si léger qu'il échappe à l'observation des médecins. Roger est du même avis, ainsi que Bouillaud. Dans le camp opposé se trouvèrent des auteurs d'une valeur égale tels que Joseph Franck, Bateman, Alibert, Rayer, Piogey, Rilliet et Barthez, Valleix, Monneret et Fleury, Guersant, Bouchut, Rosenstein. L'école de Tours aussi se prononça d'une façon catégorique en faveur de l'affirmative. Au cours d'une épidémie de scarlatine, dit Bretonneau, on verrait souvent se développer l'angine scarlatineuse sans

1. Voir volume V, p. 75 et suivantes.

qu'aucune éruption exanthématique se montre à la surface de la peau. Tout le monde connaît les opinions émises à cet égard par Trousseau. Disons enfin que Taupin, Noirot et surtout Dance mirent l'angine scarlatineuse sans éruption tout à fait hors de doute, grâce aux très nombreuses observations cliniques recueillies par eux au cours de diverses épidémies.

D'autre part, si le mal peut se localiser exclusivement parfois dans la gorge, ne lui arrive-t-il pas, dans d'autres cas, de délaisser entièrement le gosier pour ne se manifester exclusivement que sur le revêtement cutané? La chose est restée en conteste pendant toute la période que nous étudions, surtout parce que la majorité des auteurs se faisaient de la scarlatine une conception purement angineuse [1]. La pharyngite leur paraissait constituer un élément tout à fait primordial. Cependant quelques écrivains admirent que, dans des cas exceptionnels, où la scarlatine se montre tout à fait légère, elle pouvait respecter complètement la cavité bucco-pharyngienne [2].

Les troubles angineux de la scarlatine ont successivement été classifiés suivant leur intensité, suivant la nature de leurs lésions et enfin suivant leur ordre d'apparition. En se basant sur le premier ordre de considération, on eut des angines bénignes, de moyenne intensité, malignes. En s'appuyant sur l'élément anatomique, on admit des angines rouges, des angines blanches, pultacées ou pseudo-membraneuses, des angines phlegmoneuses, ulcéreuses, gangreneuses. Une conception plus clinique

1. Actuellement, on sait que la scarlatine puerpérale et la scarlatine chirurgicale, se montrant chez des sujets ayant subi divers traumatismes, n'affectent pas le pharynx. Est-ce parce que l'infection ne s'est pas faite par la gorge ? — 2. C'est l'opinion de Sydenham, de Rilliet et Barthez, etc.

fut tirée de la marche même de l'affection, suivant que l'angine appartient à une forme normale ou anormale. Cette manière de voir a longuement été développée par Trousseau, qui avait eu des prédécesseurs dans cette façon d'exposer les faits. Rilliet et Barthez[1], puis Jaccoud[2] firent ressortir une notion bien plus importante encore, celle de l'ordre d'apparition des différentes manifestations gutturales que l'on peut observer au cours de la scarlatine. En effet, l'angine du début est bénigne, la tardive est maligne; la première est primitive, la deuxième secondaire et due à des infections secondaires streptococciques, staphylocciques, pneumococciques, diphtériques, etc... Disons maintenant comment les auteurs se sont exprimés à propos des différentes variétés de pharyngites scarlatineuses. Il est assez remarquable de voir certains écrivains du commencement du XIXe siècle pressentir que, si la scarlatine, du côté de la gorge par exemple, prend une allure maligne, elle le fait non pas par des raisons tirées de sa propre essence, mais parce qu'il se mêle à celle-ci un élément étranger, communiquant au mal un aspect adynamique, ataxique, hémorragique, etc. Ceci est du reste une hypothèse déjà ancienne, car Avicenne[3], par exemple, décrivant les diverses fièvres, pense que la malignité de beaucoup de celles-ci résulte de leur fusion avec un élément pyrétogène, putride, etc. Hufeland, Nysten et quelques autres se sont fait l'écho de ces doctrines. Thomas de Salisbury se borne à répéter l'enseignement de ses illustres compatriotes Morton, Huxham et Fothergill. Notons

1. Voir volume V, p. 53, la description qu'ils donnent de la diphtérie scarlatineuse. — 2. *Traité de pathologie interne*, 1re éd., article Scarlatine. — 3. L'auteur arabe déduit cette conception géniale, tant elle est justifiée actuellement par les notions bactériologiques (ex infections

cependant qu'il signale non seulement le *gonflement ganglionnaire*, mais encore la *surdité*.

Dans le *Dictionnaire en soixante volumes*, Jouin de Saint-Just[1] distingue une forme normale de scarlatine et une forme anormale, idée heureuse, mais qu'il ne sait pas développer ; car sa dernière variété est constituée surtout par la scarlatina sine scarlatinis des anciens auteurs. Cependant, il a fait assez bien ressortir que, dans les variétés irrégulières, le mal prenait une allure qui pouvait être non seulement asthénique, mais encore ataxique ou adynamique. L'éruption manquerait ou serait tardive et parfois récidivante (Morton, Huxham).

Rilliet et Barthez[2] non seulement ont insisté sur l'intensité variable de l'angine scarlatineuse, dont ils ont signalé avec beaucoup de talent les principales particularités, mais ils ont fait ressortir, comme nous l'avons dit plus haut, l'allure récidivante des troubles pharyngés, qui, chez certains sujets, prendraient subitement, vers le déclin, une gravité désastreuse (angines tardives ou deutéropathiques). La forme pultacée, sur laquelle Bretonneau et Rayer avaient déjà fourni des notions importantes, est dépeinte par eux de mains de maître et soigneusement distinguée de la diphtérie scarlatineuse, à propos de laquelle Guersant[3], Guéretin[4] et Giraudeau[5] avaient fait déjà du reste des remarques du plus haut intérêt.

Dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu, Trousseau[6] a tracé un tableau inoubliable de l'angine scarlatineuse, dont il

diphtériques mixtes compliquées, de streptococcie, etc.) de l'humorisme antique, qui admettait très bien non seulement la perversion des humeurs, mais le mélange de deux humeurs peccantes, ce qui aggravait singulièrement le pronostic. — 1. Voir volume V, p. 32. — 2. Voir volume V, p. 48. — 3. Voir volume IV, p. 395. — 4. Voir volume V, p. 35. — 5. Voir volume V, p. 139. — 6. Voir volume V, p. 64.

étudie, avec un rare bonheur d'expression, les allures si diverses. Revenant sur des affirmations un peu trop catégoriques émises autrefois, il reconnaît que le mal ne se cantonne pas toujours du côté de la cavité pharyngée, que parfois il aime le larynx et que certaines angines, ressemblant à s'y méprendre à la diphtérie septique, sont en effet de la pharyngite pseudo-membraneuse vraie.

Lasègue[1] s'est montré, dans son *Traité des angines*, le digne rival de Trousseau, lorsqu'il décrit l'angine scarlatineuse, dont il montre avec un soin minutieux les localisations, l'évolution, l'allure. Il insiste sur les différences qui existent entre elle et l'angine morbilleuse. Suivant lui, le mal s'annoncerait, pour la scarlatine comme pour la rougeole, par une rougeur gutturale décelant en quelque sorte les phases les plus récentes de l'envahissement de l'organisme.

Cet exanthème ne provoquant pas de douleur attirerait par cela même fort peu l'attention. Les choses pourraient en rester là, mais d'ordinaire, ici, l'allure deviendrait plus franchement angineuse. L'évolution se ferait avec une remarquable rapidité et accomplirait son cycle complet en quatre ou cinq jours. On aurait en somme une éruption et non du catarrhe, comme l'ont faussement affirmé beaucoup d'auteurs. La rougeur staphylienne existerait parfois unilatéralement, par exemple, ou bien elle n'occuperait que le centre du voile, laissant libres les côtés de celui-ci. La teinte se foncerait en même temps que l'exanthème vieillit. D'autres fois, on noterait une sorte de congestion passive à tendance œdémateuse. La muqueuse serait recouverte d'un enduit très abondant. La douleur

1. Voir volume V, p. 94.

semblerait plus accentuée que dans la forme érythémateuse, mais resterait très modérée. Plus tardive que la précédente, elle n'apparaîtrait qu'au deuxième stade.

A une période plus ultérieure encore, surviendraient les variétés véritablement graves, ulcéreuses, gangreneuses, diphtériques. Utilisant à ce sujet les importantes remarques de quelques épidémiologistes anglais des époques précédentes, de Rilliet et Barthez et surtout de Jaccoud, qui établit une distinction très nette entre les pharyngites précoces et les pharyngites tardives de cette fièvre exanthématique, Lasègue a basé en partie son étude de l'angine scarlatineuse sur l'élément chronologique ; mais, faute de pouvoir distinguer les troubles relevant du mal proprement dit de ceux dérivant des infections secondaires, il s'appuie, pour expliquer une partie au moins de ces manifestations tardives, sur les éruptions miliaires si fréquentes à la peau et dont il aurait constaté aussi la présence sur le revêtement muqueux de la gorge. On apercevrait, dit-il, du troisième au quatrième jour, sur le voile, les piliers et les amygdales, presque jamais sur le pharynx proprement dit, une série de petits points blancs, beaucoup plus confluents et de moindre dimension que ceux de l'herpès et qui ne détermineraient pas des souffrances appréciables. En séchant sur place, ils amèneraient la sécrétion d'une matière blanche plus ou moins caséeuse, épaisse, et qui se détache aisément. Parfois, il y aurait des ulcérations légères, qui, dans des cas exceptionnels, se transformeraient en ulcères à marche phagedénique, frangeant le bord libre du voile et découpant la luette. Quelques mots sont accordés aux variétés cliniques de l'angine scarlatineuse à forme *septique* et *typhoïde*, dans lesquelles on voit le mal de gorge prendre des proportions inquiétantes.

Dans le *Ziemssen's Handbuch*, Thomas[1] a étudié avec beaucoup de soin les diverses variétés de pharyngites scarlatineuses, mais sans ajouter rien de bien essentiel au sujet et sans tenir un compte suffisant de l'ordre d'apparition des différentes formes. Il en distingue, au point de vue de l'intensité et de la gravité de la réaction locale, des légères, des moyennes et des graves. Les complications suppuratives étendues, les ulcérations, les gangrènes se montreraient chez ces dernières et constitueraient souvent une forme très maligne d'emblée, caractérisée par une tuméfaction de la gorge et du cou, une puanteur horrible de l'haleine, du sphacèle étendu etc.

Revenons maintenant sur une détermination pharyngée qui, tout en n'étant pas de la scarlatine, vient compliquer gravement celle-ci. La *diphtérie scarlatineuse secondaire* a certainement été entrevue par les auteurs antérieurs à Bretonneau, notamment par Huxham[2], lors de l'épidémie de Plymouth, et l'existence de ces fausses membranes d'apparence putrilagineuse ne contribuèrent pas peu à faire confondre le garrotillo des Espagnols avec la pharyngite de la fièvre éruptive en question, erreur que refuta l'école de Tours. Mais, dans son ardeur à restituer à l'angine pseudo-membraneuse idiopathique son autonomie propre, elle alla jusqu'à méconnaître un peu la forme deutéropathique de celle-ci, qu'on rencontre au cours de la scarlatine. Trousseau notamment affirma que celle-ci n'aimait pas le larynx ; ainsi, contrairement à la rougeole, elle ne déterminerait pas des réactions phlegmasiques du côté des premières voies respiratoires. Une distinction tranchée au point de vue de l'aspect et de la

1. Voir volume V, p. 98. — 2. Voir volume II, Scarlatine.

consistance des dépôts blanchâtres fut également établie entre la diphtérie proprement dite et l'angine de la scarlatine regardée toujours comme pultacée. Cependant cette conception par trop absolue subit des atteintes. Déjà, chez Guersant[1], l'habile vulgarisateur des idées de Bretonneau, on trouve remarquablement décrite, à titre un peu exceptionnel, il est vrai, la diphtérie scarlatineuse secondaire, caractérisée par l'intensité de sa marche et parfois l'existence d'accidents gangreneux qui feraient absolument défaut à la diphtérie primitive. Guéretin[2] fit faire un premier pas à la question en décrivant, en outre de la forme pultacée, de véritables angines pseudomembraneuses, dont il sut reconnaître la véritable nature et qui présenteraient le caractère bien mis en relief par Trousseau de ne pas envahir le larynx. En somme, il s'agirait, en réalité, de la diphtérie mais d'une nature particulière et conservant les allures bien connues de la scarlatine. Giraudeau[3] de Saint Gervais affirma que, dans les formes graves de l'angine observées au cours de l'épidémie de scarlatine dont il s'est fait l'historien, cette dernière était presque toujours compliquée de diphtérie; car il a trouvé, à l'autopsie des malades, le larynx et la trachée envahis et il conclut: « Il est donc possible que le croup puisse compliquer l'angine scarlatineuse maligne. » Il rappelle, du reste, que, suivant Barthez et Rilliet[4], cette occurrence ne serait pas impossible, mais du moins très rare.

Les auteurs qu'il cite étudièrent cet important problème avec une grande précision. Ils insistèrent sur le caractère insidieux de cette diphtérie secondaire, qui, bien que très

1. Voir volume IV, p. 395. — 2. Voir volume V, p. 35. — 3. Voir volume V, p. 39. — 4. Voir volume V, p. 48.

maligne, semble dissimuler en quelque sorte sa présence à l'observateur. La douleur serait faible, le gonflement peu marqué, inégal, irrégulier. Les deux amygdales se montreraient séparées par un espace assez considérable; elles présenteraient des pseudomembranes grisâtres, molles, moins adhérentes que d'habitude, ayant une grande tendance à s'altérer. Ces dépôts fibrineux ne tarderaient pas à tapisser tout le pharynx. Ils se détacheraient bientôt, mais pour reparaître au bout de quelques heures. Les alternatives de chute et de réapparition se produiraient à plusieurs intervalles. Les fosses nasales et les voies aériennes se montreraient parfois atteintes lors de l'autopsie. « Il faut dire cependant que ces cas sont de beaucoup les plus rares. » En général les pseudomembranes resteraient minces et foliacées sur tout le pharynx, mais principalement sur les amygdales. Contrairement à ce qu'on note dans les diphtéries primitives, la muqueuse sous-jacente semblerait très malade, d'un rouge plus ou moins violacé, gonflée, ramollie, ulcérée[1]. Ces pertes de substances légères ou profondes, limitées ou étendues et alors plus ou moins serpigineuses, sont parfaitement décrites. On les rencontrerait sur les amygdales, les piliers, les parois du pharynx. Enfin Rilliet et Barthez ont insisté sur un fait très important, parfaitement expliqué aujourd'hui par la notion des infections secondaires et qui est la venue tardive de cette complication de nature diphtérique.

Andral[2] avait signalé aussi cette dernière dans son *Traité de nosologie*. Il affirme même qu'elle envahit fré-

1. La prétendue intégrité de la muqueuse sous les fausses membranes, affirmée par l'école de Tours, est ici contestée, bien avant Wagner et Virchow. — 2. Voir volume V, p. 159.

quemment les voies aériennes et la distingue nettement de l'angine pultacée de la scarlatine.

Valleix[1] se contente de s'inspirer de la description donnée par Rilliet et Barthez de la diphtérie scarlatineuse.

Dans ses cliniques, Trousseau[2], revenu de ses affirmations premières, principalement sous l'influence des remarquables recherches sur les diphtéries secondaires de son élève Peter, dépeint de la façon la plus nette l'angine pseudomembraneuse qu'on peut observer à la période de convalescence de la scarlatine. Après avoir fait un tableau saisissant de cette dernière, il ajoute : « Comment expliquer ce qui s'est passé. On peut se demander si la diphtérie n'est pas venue compliquer la scarlatine et se jeter à la traverse ». Il reconnaît que c'est à tort qu'il a longtemps méconnu ces faits. « Graves me reproche d'avoir méconnu cette forme de l'angine scarlatineuse ; je l'avais, en effet, méconnue, et je disais la scarlatine n'aime pas le larynx. Mais, pendant mon séjour à l'hôpital des enfants, j'avais, dans un grand nombre de circonstances, trouvé une identité si extraordinaire entre l'angine maligne scarlatineuse et l'angine maligne diphtérique que j'avais été ébranlé dans mon opinion. Aujourd'hui je ne puis m'empêcher de croire, bien que n'osant l'affirmer, que ces accidents dont je viens de parler ne sont autre chose que des accidents diphtériques arrivant à la fin de la scarlatine comme une complication redoutable ». Les malades succomberaient avec tous les phénomènes de la diphtérie maligne, c'est-à-dire par suite d'un véritable empoisonnement général[3].

1. Voir volume V, p. 60. — 2. Voir volume V, p. 64. — 3. Il y a en effet des angines mixtes streptococciques des plus graves.

Dès lors, la partie était gagnée, et la diphtérie scarlatineuse préoccupa de plus en plus les nosologistes; et ceux-ci, exagérant dans cette voie, tendirent bientôt à attribuer à cette complication, très importante il est vrai, la presque totalité des angines scarlatineuses malignes. Noirot [1], Moynier [2], en ont donné d'excellentes descriptions, ainsi que Thomas.

Les complications auriculaires signalées par Morton (*Opera medicinæ*), par Thomas de Salisbury et quelques autres, étaient regardées plutôt comme rares par Rilliet et Barthez. Cependant, Itard, Kramer, Ménière avaient noté la surdité qui survient dans certains cas de scarlatine, supposant à tort, du reste, que le mal se propageait par le conduit. Mondières toutefois incriminait déjà la trompe d'Eustache. Clarke, un des premiers, avait signalé des lésions graves (carie du temporal, expulsion des osselets). En 1843, Kennedy cita quelques exemples de ces désordres étendus. Dans les cas de Pfeiffer, la carie du temporal était compliquée de carie de l'occipital (*Der Scharlach*, Bamberg, 1815). Triquet revint, en 1849, sur ce sujet et décrivit longuement les lésions fort graves qu'on peut rencontrer du côté de la caisse; malheureusement, il s'en tint à la conception générale de Kramer pour l'otite moyenne, c'est-à-dire à la propagation par le conduit et le tympan. Un peu plus tard, eurent lieu les recherches de Troeltsch et de Toynbee. Rappelons que Noirot, puis Moynier, ont donné une assez bonne description clinique de ces otites.

C. — Déterminations pharyngées de la variole

Ne frappant sérieusement l'organe que d'une façon

1. Voir volume V, p. 66. — 2. Voir volume V, p. 89.

exceptionnelle et en quelque sorte accidentelle, les déterminations pharyngées de la variole ont peu fixé l'attention des nosologistes du XIXe siècle. Sauf en ce qui concerne les complications d'ordre diphtérique et gangreneux, ils ont peu ajouté aux connaissances de leurs devanciers. Quelques-uns cependant, tels que Crescent[1], ont insisté sur l'apparence pseudomembraneuse du gosier chez certains malades. L'otite varioleuse a été étudiée d'abord par Triquet et Toynbee, puis par Troeltsch et enfin par Wendt, qui en a fait une description très complète. D'autre part, Lasègue[2] a insisté sur le caractère imprécis et en quelque sorte diffus de l'éruption dans le buccopharynx. Il a montré que la pustulation cutanée ne donne pas la mesure exacte de l'éruption gutturale, bien qu'il y ait une certaine concordance. Contrairement à ce qui a lieu pour l'énanthème de la rougeole et de la scarlatine, celui de la variole serait relativement tardif, vers le premier ou le deuxième jour de l'éruption cutanée. Entre les pustules, la muqueuse resterait normale.

D. — Déterminations pharyngées de la fièvre typhoïde

L'historique est ici tout récent, la fièvre typhoïde n'ayant été séparée définitivement des fièvres putrides et constituée à l'état d'entité morbide qu'au commencement du XIXe siècle par Bretonneau. Même après cet auteur, les troubles gutturaux de la dothiénentérie fixèrent d'abord très peu l'attention des auteurs, et ce ne fut que, lorsque parurent les grandes monographies sur l'affection, que quelques mots furent dits sur le sujet. Après avoir signalé parfois dans le gosier l'existence de congestions

1. Voir volume V, p. 102 — 2. Voir volume V, p. 103.

pouvant atteindre l'intensité d'une angine catarrhale, ou d'un état dysphagique tourmentant le patient vers le début du mal, Chomel[1] mentionne à une période plus avancée, mais sans y insister, la présence, du reste exceptionnelle, d'ulcères dans la bouche ou le pharynx.

Dans ses recherches anatomiques et pathologiques sur la dothiénenterie, Louis[2], le célèbre anatomo-pathologiste, donne une description un peu plus complète, mais encore bien sommaire, de ces derniers. Il note leur apparition après les deux premiers septenaires, leur étendue et leur profondeur variables, leur forme généralement ronde. Il refuse toute comparaison avec les lésions semblables que l'on trouve dans l'intestin. Valleix[3], pour expliquer ces altérations graves de la gorge, invoque la tendance à la mortification et à l'ulcération que montrerait la fièvre typhoïde en n'importe quel point de l'organisme. Plus tard Lebert[4] montra qu'il s'agit de lésions lymphoïdes, en tout comparables à celles qu'on observe dans la portion sous-diaphragmatique du tube digestif.

La diphtérie secondaire typhoïdique semble avoir été décrite, pour la première fois, en détails par Chédevergne[5], qui la prit, du reste à tort, pour une angine pultacée. Rilliet et Barthez en donnèrent une description plus exacte; puis, en 1860, Oulmont[6] relata une épidémie de cette affection qui avait éclaté à l'hôpital Saint-Antoine.

L'article « Angine » de Desnos[7], paru en 1863 dans le *Dictionnaire de médecine pratique*, contient sur les angines typhoïdes érythémateuses, catarrhales, sur l'état de

1. Voir volume V, p. 106. — 2. Voir volume V, p. 107. — 3. Voir volume V, p. 110. — 4. *Traité de pathologie.* — 5. Voir volume V, p. 111. — 6. Voir volume IV, p. 457. — 7. Voir volume V, p. 112.

sécheresse et de dysphagie observé chez certains malades, sur les ulcères, et sur les gangrènes, des détails suffisamment circonstanciés. A propos des processus nécrobiotiques, rappelons que leur caractère essentiellement secondaire, comme dans la rougeole, leur siège diffus ou circonscrit avaient été fort bien décrits dans le célèbre mémoire de Rilliet et Barthez sur le sphacèle du pharynx.

E. — Autres maladies générales infectieuses aiguës s'accompagnant parfois de déterminations pharyngées.

Contrairement aux fièvres exanthématiques, les manifestations gutturales de la fièvre typhoïde, si on excepte certains processus insignifiants, tels que la sécheresse et la congestion, ne sont pas constants. L'inconstance est bien plus grande encore dans les maladies générales fébriles aiguës qui s'accompagnent parfois, mais rarement, de déterminations pharyngées capables de fixer l'attention. La plupart sont probablement des infections secondaires ne se liant à la maladie principale que par un lien accidentel. Dans le *typhus exanthématique*, la rougeur, du côté du gosier, peut être assez accentuée. Lebert[1] dit même qu'on rencontre assez souvent à cette période une angine légère. Les pharyngites tardives seraient très rares et de nature secondaire. Les auteurs de la période n'ont pas mentionné les quelques troubles gutturaux qu'on voit survenir, parfois, au cours de la *peste*. Emangard a signalé, cependant, du côté du bucco-pharynx, des hémorragies et des fuliginosités. Griesenger a signalé du côté des amygdales, pendant le *choléra*, des exsudats diphté-

1. Voir, pour cet auteur et les suivants volume V, p. 121-126.

roïdes et même des abcès interstitiels. C'est à la période réactionnelle qu'on observerait des pharyngites parfois assez graves (infections secondaires). Les localisations angineuses du *charbon* furent admises, mais pas suffisamment prouvées.

Les inflammations gutturales dues au *paludisme* avaient été citées par plusieurs nosologistes du XVIIIe siècle; mais, après eux, le silence se fit et, dans son compendium du médecin praticien, Valleix se borne à répéter les affirmations de Frank. Grisolle, Requin, Gintrac, Jaccoud n'en parlent pas, et les auteurs des articles correspondants des dictionnaires ne se montrent pas plus explicites. Cependant, en Allemagne, Griesinger fit de ces angines une forme hypérémique des fièvres larvées, et Herz décrivit en même temps un coryza et une angine de même nature.

Les processus catarrhaux du côté du pharynx, du nez, du larynx, au cours de la *grippe*, font pour ainsi dire partie de l'influenza et ont été de tout temps décrits avec elle. Mais, à côté de ces manifestations légères, il y en a d'autres plus intenses que Bayer décrivit dès 1675, lors de l'épidémie de Presbourg. Bernard de Jussieu en donna plus tard une assez bonne description dans sa thèse inaugurale. Ces accidents furent mis en relief à l'époque que nous étudions par plusieurs nosologistes, notamment par Andral et par Gintrac.

F. — Déterminations pharyngées de la goutte.

Suivant les tendances auxquelles obéissaient d'une façon plus ou moins consciente tels ou tels nosologistes[1],

1. Voir volume V, p. 126 et suivantes.

les déterminations pharyngées de la goutte très fréquentes pour les partisans des diathèses devenaient une véritable rareté ou même étaient passées sous silence par les sceptiques ou les adeptes des opinions diverses. D'ailleurs, comme l'avoue Lasègue, si la fréquence, l'allure de certains troubles pharyngées chez les goutteux sont bien propres à faire réfléchir le clinicien, ils ne sont pas assez accentués, assez pathognomoniques pour permettre de réfuter toutes les objections. Comme il fallait s'y attendre, on a signalé tout d'abord les accidents métastatiques du côté du pharynx, sur lesquels certains auteurs anglais se sont étendus avec complaisance. Plus fréquentes, disait-on, seraient les lésions chroniques. Il s'agit d'angines traînassantes, sans cause précise, nullement améliorées par les moyens ordinaires, mais cédant au traitement diathésique. Beaucoup de pharyngites rouges ou décolorées, avec ou sans granulations, relèveraient de la podagre. Parfois celle-ci mettrait son empreinte sur l'organe, c'est-à-dire que, comme pour l'oreille par exemple, elle déterminerait, sur les parois pharyngées, la production de petits tophus.

G. — Déterminations pharyngées du scorbut.

L'angine scorbutique a été admise et même brièvement décrite par plusieurs nosologistes du XVIIIe siècle [1]; mais ceux du XIXe ne lui font même pas l'honneur d'une brève mention.

Y a-t-il eu erreur de la part des écrivains antérieurs, ou bien ceux-ci avaient-ils en vue des formes très malignes, devenues rares aux époques postérieures, et qui,

1. Notamment par J. Franck, voir volume V, p. 133.

par leur acuité, avaient plus de tendance à se propager de la cavité buccale à celle du pharynx? Le problème est difficile à résoudre. Ce qui nous ferait penser que la deuxième alternative est peut-être la vraie, c'est que le recueil de mémoires de médecine militaire de 1859 contient sur le scorbut de la guerre de Crimée un article du docteur Mary[1], dans lequel est signalée la fréquence du sphacèle de la gorge, à la suite de la gangrène buccale scorbutique. Il a observé encore sur la gorge des dépôts diphtéroïdes. Enfin, chez certains sujets, il aurait constaté des perforation des parois de celle-ci, comme dans les mauvais cas de noma.

H. — Déterminations pharyngées d'ordre toxique, médicamenteux ou professionnel.

Comme on le sait, les déterminations pharyngées d'ordre toxique présentent un assez grand intérêt théorique, d'abord par l'intensité des désordres dont elles peuvent s'accompagner, puis par l'explication qu'elles fourniront peut-être un jour, quand l'angine résulte d'un empoisonnement général et non d'une irritation locale, de certains troubles gutturaux d'allure angineuse succédant à des intoxications gastro-intestinales[2]. La connaissance des faits de cette nature, si on excepte l'angine mercurielle, est, en somme, toute récente; car les notions des anciens sont restées bien vagues (mets irritants ou trop chauds, etc.), ou même erronées

1. Voir volume V, p. 134. — 2. Gradenigo pense que beaucoup d'angines sont dues à un empoisonnement résultant de toxines gastro-intestinales. Leur origine ne serait donc pas microbienne, bien qu'elles semblent se compliquer, ainsi que d'autres perturbations d'origine médicamenteuse, d'infection secondaire, à un moment donné de leur évolution.

(pseudo-angine des solanées vireuses). Mais, à mesure que l'industrie se développait, les accidents gutturaux d'ordre professionnel allèrent en se multipliant. Ils préoccupèrent longtemps presque exclusivement les hygiénistes; et, c'est dans leurs mémoires et non dans les écrits des nosologistes qu'il faut chercher des renseignements sur ce sujet. Cependant, à un moment donné, les médecins praticiens crurent devoir se préoccuper aussi de la question; et, dans l'article « Angine » de Peter, par exemple (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*), on trouve des matériaux précieux, quoique de seconde main, sur ces intéressantes affections pharyngées[1].

Les unes, comme nous l'avons fait pressentir plus haut, résultent d'une irritation locale (angine stibiée), les autres d'un empoisonnement général (angine mercurielle).

Le gonflement, l'hypersécrétion, la tuméfaction des amygdales, la dysphagie sont variables suivant la nature des facteurs morbides et suivant aussi l'intensité de ceux-ci. Les désordres anatomiques frappent à la fois la bouche et le pharynx. Il s'agit donc de lésions essentiellement diffuses. Souvent, on constate des ulcérations à côté des accidents phlegmasiques dus aux métaux, aux métalloïdes (iode, arsenic). Il faut tenir compte de l'influence nocive des acides et des bases alcalines puissantes, des gaz tels que celui d'éclairage, l'hydrogène sulfuré, etc.[2]. La diversité considérable des causes explique pourquoi ce paragraphe ne peut

1. Voir volume V, p. 149. V. aussi p. 144 (*id.*) ce que dit Desnos sur ce sujet. — 2. L'industrie des dérivés de la houille (teinture, parfums) étant encore dans l'enfance, ces substances ne pourront ici entrer en ligne de compte.

être qu'un caput mortuum renfermant des troubles morbides très divers comme origine et comme symptômes, mais présentant cependant quelques points communs. D'ailleurs, le caractère très rudimentaire des notions que nous avons rappelées ôte à ceux-ci beaucoup de leur importance. Nous en sommes à la période des essais, et il faut bien avouer qu'actuellement on n'a pas encore fait sur ce point tous les progrès désirables.

I. — Déterminations pharyngées par propagation locale.

La rhinoscopie postérieure étant relativement de date toute récente, il ne peut être question ici que d'une propagation des affections buccales. Nous devons faire remarquer cependant que les auteurs du XIXe siècle et même ceux des époques précédentes savaient déjà parfaitement bien qu'un rhume de cerveau précède souvent une angine catarhale, à laquelle succède une laryngite et une bronchite. Ces faits étaient surtout signalés dans les épidémies de grippe [1], mais aussi en dehors de l'influenza. On ne doutait pas que le processus phlegmasique dépassant dans ces cas les choanes, envahissait la partie supérieure du pharynx, puis se généralisait à toute la cavité de celui-ci.

Bretonneau [2] pensait même que le virus diphtérique pouvait se dissimuler longtemps dans les fosses nasales et envahir ensuite à l'improviste les régions du voisinage; mais, faute de pouvoir explorer à son aise le cavum, ces notions déjà assez importantes ne reçurent

1. Voir volume II, article Grippe. — 2. Voir mémoire de 1855, volume IV.

que tout à fait vers la fin de la période que nous étudions les développements nécessaires.

---

1) *Déterminations pharyngées du muguet.*

Elles furent longtemps attribuées à une éruption aphteuse[1], ou à une sorte de gourme interne (Levret)[2], une miliaire pharyngée (Devilliers)[3]. Lelut[4], puis à sa suite Guersant, Trousseau et Valleix[5], pensèrent qu'il s'agissait d'une affection couenneuse vulgaire de forme particulière. Ce dernier fit même du muguet une maladie générale infantile excessivement grave et dans laquelle il englobait tous les accidents qui constitueront plus tard l'athrepsie de Parrot; mais Guersant, Trousseau et Delpech, s'appuyant sur les recherches de Blache, démontrèrent que le muguet n'était qu'une complication secondaire et ultime d'un grand nombre de mauvais états généraux des adultes et des vieillards et non pas seulement des jeunes sujets, celui-ci devant seul être considéré comme idiopathique. Cette dernière variété était évidemment une concession aux idées si brillamment développées par Valleix. En 1842, Berg[6] démontra que le mal était dû à un champignon, c'est-à-dire à un contage animé, notion d'une portée immense et qui devait familiariser les médecins, pour ainsi dire, avec les vues émises plus tard par Pasteur. Gruby, mais surtout Robin[7], firent mieux connaître le parasite qui reçut le nom d'oïdium albicans. Gubler[8] facilita beaucoup la compréhension du mode de l'infection, en démontrant que le champignon ne

1. Voir les idées de Raulin, volume V, p. 158. — 2. Voir volume V, p. 161. — 3. Voir volume V, p. 164. — 4. Voir volume V, p. 168. — 5. Voir volume V, p. 174. — 6. Voir volume V, p. 197. — 7. Voir volume V, p. 198. — 8. Voir p. 202.

pouvait se développer que dans un milieu acide. Mais des contestations assez vives s'élevèrent alors entre ceux qui considéraient le muguet comme survenant toujours dans des états généraux graves et ceux qui admettaient à la rigueur un muguet bénin survenant chez des nourrissons bien portants, mais atteints de troubles buccaux pharyngés peu graves; du reste, bien que capables d'acidifier la salive, c'est-à-dire de permettre à l'oïdium albicans de se greffer sur la muqueuse buccale (Jules Simon [1]).

La *propagation* du muguet dans le reste du tube digestif est, comme on le sait, assez rare. D'habitude, il se cantonne dans la bouche ou envahit tout au plus le voile; mais il n'en est pas toujours ainsi.

Les prédécesseurs de Lelut et Lelut lui-même [2] soutenaient que le mal peut contagionner non seulement le pharynx, mais encore l'œsophage, l'estomac et l'intestin. Valleix, Lediberder, Billard acceptèrent cette assertion qui fut formellement contredite par Trousseau et Delpech [3]. Cependant, bien que l'opinion de ces derniers ait longtemps prévalu, Parrot [4] démontra que dans quelques cas exceptionnels, l'estomac et même les poumons sont atteints.

Les lésions anatomiques, très complètement et très exactement décrites par Robin et quelques autres, furent étudiées à nouveau par Parrot et Quinquaud. Il fut démontré finalement que la fibrine faisant défaut, les dépôts blanchâtres n'étaient pas de nature inflammatoire et résultaient d'un amas de cellules épithéliales dégénérées.

1. Voir article « Muguet » du *Dictionnaire pratique de médecine et de chirurgie*, et aussi volume V, p. 211. — 2. Voir volume V, p. 171. Lelut nie cependant que le mal puisse envahir l'arbre respiratoire. — 3. Voir volume V, p. 182. — 4. Voir volume V, p. 209.

La symptomatologie, déjà esquissée par Lelut, par Valleix, qui en avait exagéré l'importance, comme on l'a vu plus haut, par Trousseau et Delpech, fut très complètement étudiée par Seux, qui a laissé peu à faire à ses successeurs pour tout ce qui concerne la clinique. L'importance réactionnelle attribuée à la présence de ce parasite est allée du reste sans cesse en diminuant. Le seul fait qui lui a prêté véritablement de l'intérêt est la constatation faite par Blache, puis par Guersant, Trousseau et Delpech, que le muguet survenait d'habitude à la période ultime de graves états généraux et qu'il était par conséquent d'un mauvais pronostic,

L'allure bénigne des symptômes buccaux, le cantonnement habituel du mal dans la grande majorité des cas, la blancheur crémeuse des dépôts suspects, les circonstances spéciales dans lesquelles l'affection se développe, mais surtout l'examen microcospique, en cas de doute, permirent, dès 1840, aux praticiens de distinguer nettement le muguet de la diphtérie, même quand celui-ci a envahi la gorge, ce qui est exceptionnel.

---

2) *Déterminations pharyngées de la stomatite ulcéromembraneuse.*

En 1829, Payen et Guesdon[1] signalèrent la propagation au pharynx de la stomatite ulcéromembraneuse, qui venait d'être séparée par Cafford de la diphtérie, contrairement à l'opinion de Bretonneau. Taupin[2] cite également les lésions tonsillaires; mais c'est Bergeron[3] qui, en 1859, a fait connaître l'angine ulcéromembra-

1. Voir volume V. p. 214. — 2. Voir volume V, p. 215. — 3. Voir volume V. p. 215.

neuse ; non seulement il a signalé les cas où le mal envahit secondairement la gorge, mais il signale un fait où l'affection siégeait uniquement dans le pharynx. Suivant lui, les lésions et les symptômes seraient ceux qu'on observe à la bouche. Comme dans cette cavité, les lésions morbides sembleraient unilatérales ; à un stade inflammatoire préalable et d'apparence vraisemblablement vulgaire, succéderait le stade d'ulcération bien connu.

Dans les observations auxquelles il fait allusion, l'isthme était rouge, gonflé, douloureux, les amygdales ulcérées ; les bords de l'ulcère se montraient remarquablement saillants, boursouflés, ce qui tromperait sur la profondeur exacte des lésions. Les tonsilles avaient, d'autre part, une consistance spongieuse. Elles étaient recouvertes de lambeaux mortifiés, multiples et non uniques, comme dans la bouche, probablement, dit-il, à cause des cavités cryptaires de l'amygdale. Malgré la fétidité de l'haleine et l'importances des désordres anatomiques, la réaction symptomatique paraissait peu accusée. Peter s'est contenté d'adopter les idées de Bergeron[1] dans le court paragraphe qu'il consacre au sujet.

---

3) *Déterminations pharyngées de la stomatite aphteuse.*

L'importance des déterminations aphteuses de la gorge est allée sans cesse en diminuant. On leur a retranché successivement les manifestations syphilitiques secondaires, le muguet, la stomatite ulcéromembraneuse, la diphtérie... Ce terme des plus vagues semble désigner, chez Hippocrate, Galien, etc., des éruptions de caractère

1. Voir volume V, p. 218.

ulcéreux, accompagnées de réaction générale plus ou moins intense. Ethmüller, Sydenham, Mercuriali, dans les temps modernes considérèrent les aphtes comme des sortes de pustules. Van Swieten pense au contraire qu'il ne s'agissait que de l'orifice élargi et ulcéré des glandes buccopharyngées. Bichat mit un peu d'ordre dans leur symptomatologie, en fit une maladie du chorion, mais ne put décider s'il s'agissait d'une lésion des glandes ou des papilles. Même omission chez Gardien. Billard n'hésite pas à admettre une origine folliculaire. Guersant reconnaît qu'il s'agit d'une affection de nature très imprécise; il adopte en partie les vues émises à ce sujet par Willan et Bateman qui, tout en élargissant le domaine des aphtes, distinguaient soigneusement les aphtes des nouveau-nés de ceux de l'adulte, division que l'auteur français trouve assez mal fondée. Tout en reconnaissant que la bouche est plus frappée que le pharynx, il pense que celui-ci est loin d'être épargné par l'éruption en question, dont les vésicules, quand elles crèvent, laissent, comme trace de leur passage, des petites ulcérations superficielles qui ne tardent pas à se cicatriser. Il admet, à côté d'une variété bénigne, évoluant en moins d'une semaine, une variété confluente beaucoup plus grave et plus tenace. Les mauvaises habitudes de terminologie étaient encore si enracinées qu'Antoine Dugès, dans le *Dictionnaire en quinze volumes*, distingue des aphtes érythémateux, couenneux, ulcéreux, gangreneux. Dans le *Dictionnaire* de Fabre, on soutient que les aphtes peuvent atteindre l'œsophage, l'estomac, l'intestin ; mais on se rallie à la théorie bulleuse ; ils pourraient se rencontrer, en outre de la cavité buccale, sur les amygdales et le voile, s'annonçant

par des points saillants, rouges, et par une réaction plus ou moins douloureuse, qui entraîne un peu de dysphagie. L'éruption serait discrète ou confluente; elle consisterait en une seule poussée, ou en poussées successives. Worms[1], rejetant l'hypothèse vésiculaire, qui tendait de plus en plus à s'établir, admet que les lésions sont constituées par de petits amas graisseux soulevant çà et là l'épithélium. Bamberger adopte l'idée d'une vésicule; mais le siège de celle-ci n'aurait nullement besoin d'être glandulaire, le soulèvement séreux pouvant se faire partout. Quelques-uns pensèrent qu'il s'agissait d'un ulcère primitif et non postérieur à une collection liquide; mais, vers la fin de la période que nous étudions, l'attention a été surtout fixée sur l'étiologie, notamment sur les relations des aphtes avec certains états généraux[1]. De plus, on a tendu à restreindre de plus en plus les limites du mal dont on a fait une affection buccale par excellence, c'est-à-dire rarement gutturale.

---

4) *Déterminations pharyngées d'origine dentaire.*

Comme il était facile à prévoir, les déterminations pharyngées, propagation d'un processus inflammatoire diffus, né autour d'une dent infectée et surtout cariée, ou résultant de l'éruption difficile d'une dent de sagesse, ont été signalées d'assez bonne heure[2] et ne présentent du reste qu'un intérêt assez restreint. Il en est tout autrement pour les phlegmasies tonsillaires produites à distance, sans propagation de proche en proche et avec des

1. On s'est demandé notamment si la fièvre aphteuse des grands ruminants ne pouvait pas se transmettre par l'intermédiaire du lait ou par contact à l'espèce humaine (Röll, Bollinger), opinion qui a récemment encore trouvé des adeptes. — 2. Voir volume V, p. 240.

lésions dentaires d'apparence plus ou mains larvées. Toyrac, Robert, Tott ont fourni quelques renseignements sur ce sujet, sur lequel Magittot garde le silence dans son article « dent » du *Dictionnaire Dechambre.* Icard, de Lyon, en a fourni une observation intéressante. Follin et Duplay se contentent de rappeler brièvement, à propos de l'amygdalite phlegmoneuse, que cette affection résulte parfois de l'éruption de la dent de sagesse. En somme, on savait: 1° que certaines amygdalites peuvent résulter d'une lésion dentaire à distance ; 2° que les lésions, fort diverses, peuvent être légères ou au contraire suppurées ; 3° que le mal ne guérit bien que par la disparition de la cause qui le produit ; tant que celle-ci subsiste, il se produirait des poussées successives de phlegmasies tonsillaires.

II. — Lésions inflammatoires nodulaires

A. — Déterminations pharyngées de la syphilis.

Si l'on veut comprendre les embarras des syphiliographes du XIXe siècle à bien saisir ce qu'étaient les déterminations pharyngées de la vérole, il faut se rappeler qu'un désordre considérable régnait sur ce sujet. Étant données la fréquence du mal et la constance avec laquelle il frappe la gorge, on n'était que trop porté à rattacher à la syphilis toutes les ulcérations bucco-pharyngées ou même les manifestations morbides tant soit peu tenaces. Il en résultait qu'on administrait le mercure à tort et à travers. On imagine quel devait être le résultat chez des nouveau-nés atteints d'éruptions quelconques du côté du gosier ou de la cavité buccale, et

Broussais a raison de regarder comme un très grand progrès la distinction qu'on commençait à faire à propos de ceux ci, entre les lésions vulgaires et les altérations spécifiques. Ni l'aspect, ni la chronologie de ces dernières n'étaient encore fixés d'une façon réellement scientifique. Nous faisons cette remarque pour qu'on ne se laisse pas éblouir par certaines constatations, intéressantes certainement et grosses de conséquences, mais encore fort confuses, des syphiliographes des époques précédentes. Ceux-ci avaient parfaitement vu l'existence fréquente des manifestations gutturales de la vérole; ils savaient que celles-ci peuvent être très précoces ou très tardives (Faventinus semble avoir même signalé le chancre infectant du gosier). Ils n'ignoraient point la multiplicité de leur siège et leur tenacité, tant qu'on ne recourait pas au mercure; mais tous ces faits n'empêchaient point qu'ils connaissaient encore fort mal ces lésions syphilitiques à localisation spéciale qu'on englobait sous la dénomination d'aphtes à signification si confuse.

Hunter commença à mettre un peu d'ordre dans la question. Il distingua nettement les ulcérations ordinaires inflammatoires, par exemple, de celles de la vérole, dont il rappela les principales caractéristiques, et il refusa d'attribuer à celle-ci des altérations superficielles et très étendues, se retrouvant surtout sur la langue et qui appartenaient probablement au psoriasis buccal. Swediaur est le premier à avoir bien décrit l'érythème syphilitique bucco-pharyngé. Il a insisté aussi sur la position très cachée de certains accidents ulcéreux qui pourraient être, du reste, d'apparition très tardive. Lui aussi note le peu de réaction des manifestations spécifiques en général, particularité sur laquelle Bell est revenu un peu

plus tard avec soin ; cependant, parfois, affirme ce dernier, la symptomatologie serait, dit-il, plus accusée et il existerait dans la gorge une rougeur comme érysipélateuse. Il mentionne nettement l'érythème. « J'ai vu cependant les parties rester gonflées, et conserver plusieurs semaines cette couleur de cuivre foncée qui caractérise si éminemment les lésions syphilitiques, sans apercevoir la moindre ulcération. » Comme Swediaur, il insiste sur les troubles auditifs que ressentent certains malades.

Babington, le savant annotateur de Hunter, juge déjà que les différentes lésions sur lesquelles est basée la classification de Bateman, doivent se retrouver dans la gorge des syphilitiques; mais leur siège reculé et leur existence sur une muqueuse dont la structure diffère de celle de la peau et ne présente pas les mêmes caractères physiques, les rendraient plus difficiles à saisir que les altérations cutanées. Cependant quelques-unes des principales espèces seraient assez tranchées pour pouvoir être décrites. Il a assez bien dépeint la plaque muqueuse des amygdales et sa coïncidence fréquente avec des éruptions cutanées concomitantes. Il a reconnu que des troubles de cette nature pouvaient se rencontrer en d'autres points que les tonsilles, notamment sur les piliers du voile et la face postérieure du pharynx. Comme Hunter, Bell, Swediaur, il insiste sur l'insidiosité et le caractère destructeur de certains ulcères syphilitiques, en général tardifs. Mais l'époque, dit-il, où les manifestations pharyngées de la vérole peuvent se produire n'aurait rien de précis. En France, les progrès des syphiliographes en ce qui concerne les lésions bucco-pharyngées ne sont pas comparables à ceux qui eurent lieu pour

d'autres points de l'organisme, du côté de la peau notamment.

Devergie, ardent adepte de Broussais, aveuglé par les doctrines du physiologisme, va jusqu'à admettre que, quelle que soit leur origine qui pourrait être très différente, les ulcères bucco-pharyngés présentent entre eux la plus grande ressemblance. Néanmoins, il distingue les aphtes d'origine commune de ceux de nature spécifique chez les nouveau-nés, et il rappelle que, comme beaucoup ressentaient de l'horreur pour le mercure accusé de bien des accidents, on ne distribuait plus ce médicament à tort et à travers, ainsi que nous l'avons dit plus haut. Petit-Radel insista, peu après Devergie, sur la précocité de certains ulcères vénériens de la bouche, et il mentionna que Bell aurait vu survenir ceux-ci dix jours après l'apparition du chancre. Il reconnaît aux déterminations pharyngées de la vérole un début brusque (angine syphilitique de Troja et de quelques auteurs) et un début plus lent, moins net au point de vue symptomatique. Suivant lui, ce mal à tendance phagédénique bien accusé n'aurait que trop de tendance à détruire les parties sur lesquelles il se fixe. Lagneau répète Hunter et Bell, dont il se montre l'adepte fervent et habile. Peu à peu cependant, l'école de Saint-Louis, celle du Midi, celle de l'Antiquaille montrèrent plus de hardiesse ; au lieu de se contenter de la notion très banale d'un ulcère vénérien, les maîtres de Paris et ceux de Lyon se demandèrent, étant données les étroites analogies des revêtements cutanés et muqueux, si les dermatoses n'avaient pas leur pendant du côté de la cavité bucco-pharyngée, si en un mot les syphilides cutanées ne possédaient pas leur analogue dans certaines déterminations gutturales. Cazenave et

surtout Baumès, s'engagèrent avec quelques autres dans cette voie ; on distingua ainsi des syphilides muqueuses, érythémateuses, papuleuses, papulo-crustacées, tuberculeuses, psoriasiformes, etc. On alla même jusqu'à rapprocher du rupia certains ulcères gommeux des amygdales ou des parties voisines. Cette idée séduisante, tout en n'étant pas généralement adoptée, parce que la multiplicité des types morbides compliquait le sujet et que ces variétés n'étaient pas d'un diagnostic aisé, eut cependant beaucoup d'écho. Elle fut notamment défendue par Gubler et par Lasègue. Ricord insista, d'autre part, sur l'élément chronologique de la question. Il distingua nettement les accidents secondaires bucco-pharyngés des accidents tertiaires, comme il l'avait fait pour le reste de l'organisme. Bientôt s'élevèrent d'assez vives discussions à propos de la plaque muqueuse. On finit, sous l'influence de l'école lyonnaise (Bassereau), par reconnaître, malgré Ricord qui y voyait un chancre modifié, sa nature éminemment contagieuse. Mais était-ce une papule, un tubercule, une pustule? Rien de tout cela, disait Bazin, mais bien une détermination spécifique et entièrement particulière à la syphilis. Il était réservé à Fournier de montrer que, sous ce terme assez vague, étaient cachés des processus morbides différents, érosifs ou papulo-érosifs.

Les déformations consécutives qui surviennent du côté du pharynx, lors de la réparation cicatricielle des ulcères gommeux, avaient été mentionnées assez vaguement, du reste, par quelques syphiliographes du début du XIXe siècle ; mais la connaissance de ces atrésies ne remonte qu'au mémoire d'Hermann Paul, traduit par Verneuil. Enfin l'accident primitif de la vérole qui, contrairement à

celui de la bouche, avait longtemps échappé aux investigations des spécialistes fut signalé enfin à l'attention du public médical par Diday, auquel la vénéréologie était déjà si redevable.

Mentionnons, pour terminer, les recherches de Tanturri et quelques autres sur l'hypertrophie amygdalienne syphilitique

B. — Déterminations pharyngées de la tuberculose

1) *Tuberculose aiguë du pharynx*

A cause de sa rareté, la tuberculose aiguë du pharynx (les variétés amygdaliennes palatines, naso-pharyngées, staphyliennes à allure moins bruyante, restèrent inconnues) ne fut décrite que très tard. En faisant abstraction des mentions assez vagues de Morgagni[1], de Louis[2], c'est Ricord[3], très familiarisé par sa spécialité avec les ulcérations bucco-pharyngées, qui paraît avoir été le premier à soupçonner l'origine[4] tuberculeuse d'un certain nombre de celles-ci. Julliard a été leur historien fidèle. Il a laissé très peu à faire du côté clinique ; mais, égaré peut-être par les affirmations des auteurs allemands d'alors sur la nature phlegmasique d'un certain nombre de lésions regardées autrefois comme spécifiques, il ne sut pas reconnaître l'origine exacte des désordres qu'il avait si bien observés. Les recherches de Cornil et de Trélat sur les ulcérations tuberculeuses de la langue facilitèrent certainement la compréhension future des accidents bucco-pharyngés de pathogénie identique. Mais c'est à Isambert[5] que revient

1. Voir volume V, p. 378. — 2. Voir volume V, p. 379. — 3. Voir volume V, p. 379. — 4. Voir volume V, p. 380 et p. 394, les travaux de son contemporain allemand Wagner. — 5. Voir volume V, p. 396.

incontestablement le mérite d'avoir fait connaître l'affection au grand public médical. Il en signala, après Julliard néanmoins, mais en accentuant davantage les traits indiqués par celui-ci, l'allure rapide, le caractère essentiellement destructeur. Il insista sur l'aspect si particulier de ces ulcères et sur la dysphagie redoutable qu'ils déterminent. Les travaux de ses contemporains, notamment de Bucquoy[1], n'ont fait que confirmer, quoi qu'on ait dit, ses propres remarques.

---

2) *Lupus de la gorge*

Le lupus de la gorge, cette manifestation tuberculeuse à allure si particulière qu'elle mérite d'être distinguée nettement, au moins au point de vue clinique, des autres manifestations dues également au bacille de Koch, est, comme la tuberculose aiguë du pharynx, de connaissance relativement très récente. La forme propagée du mal fut, bien entendu, la première à être connue et décrite. En 1829, Travers[2] soutint que le lupus de la face pouvait parfois se propager au gosier. Arnal[3], peu après, se montra un peu plus explicite et il parla des perforatious palatines, dont Devergie signala aussi la nature pour les différencier de celles d'origine vénérienne. Cazenave[4] alla même jusqu'à admettre la possibilité d'un lupus guttural ou nasal primitif. Enfin, Tardieu[5] publia sur ce sujet une observation des plus complètes et des plus intéressantes; mais, néanmoins, l'attention du public médical ne fut éveillée que par le travail de Hamilton sur l'angine scrofuleuse. A côté d'une variété bénigne, il distingua une forme maligne

1. Voir volume V, p. 398. — 2. Voir volume V, p. 401. — 3. Voir volume V, p. 411. — 4. Voir volume V, p. 412. — 5. Voir volume V, p. 412.

etulcéreuse (voir *Angine scrofuleuse*, 4e volume, p. 654), dont il rapporta plusieurs cas qui permettent de se rendre un compte assez exact de l'allure de l'affection. En Allemagne, Werrher[1] soutint, comme Cazenave, que le lupus pouvait primitivement occuper le nez ou la gorge. Il pensa même qu'il en était fréquemment ainsi pour les fosses nasales, opinion que l'avenir devait confirmer. Bryk[2] de Cracovie, Czermack[3] et Coulson[4] publièrent des faits prouvant que certaines malformations acquises (rétrécissements) du pharyux n'étaient pas d'origine vénérienne et relevaient probablement du lupus. Hermann[5] Paul adopta cette opinion dans le célèbre mémoire sur les atrésies pharyngées, traduit en français par Verneuil. Bazin[6] affirma que le lupus pouvait frapper les muqueuses comme la peau, ; à la fin de son ouvrage sur les scrofulides, il en donna deux observations. Mais Cazenave attribuait une grande partie des soi-disant lésions scrofuleuses à la syphilis héréditaire ; et beaucoup se demandaient si le prétendu lupus de la gorge n'était pas tout simplement de la vérole plus ou moins modifiée, idée qui fut défendue, en 1870, à la Société médicale de Vienne. En France, l'attention ne fut réellement attirée sur le sujet que par la discussion qui s'éleva, à propos de certaines altérations graves du bucco-pharynx, à la Société médicale des hôpitaux de Paris[7]. A ce moment, Hérard, Lailler, Fournier soutinrent à ce sujet une discussion des plus intéressantes, où la syphilis fut généralement délaissée pour la scrofule. Dès lors, l'affection fut mentionnée et brièvement décrite dans les dictionnaires

1. Voir volume V, p. 417. — 2. Voir volume V, p. 418. — 3. Voir volume V, p. 421. — 4. Voir volume V, p. 322. — 5. Voir volume V, Rétrécissements du pharynx. — 6. Voir volume V, p. 422. — 7. Voir volume V, p. 429.

(Desnos[1], Peter) ; vers la même époque, Isambert [2] fit connaître ses recherches sur l'angine scrofuleuse. La thèse de Fougère, très intéressante et assez complète, résuma les idées de l'époque[3] ; elle renferme quelques faits nouveaux. En somme, on démontra que le lupus de la gorge ou du nez présente les plus étroites analogies avec celui de la face. Les mêmes caractéristiques cliniques lui seraient applicables. C'est l'idée maîtresse que développa Homolle[4] dans sa thèse, monographie en quelque sorte définitive de la question, où sont résumés tous les travaux antérieurs et dans laquelle est remarquablement décrit le lupus interne ou primitif de la gorge ou du nez. Dans ses variétés très localisées, l'auteur semble même entrevoir certaines formes de tuberculoses palatines et amygdaliennes qui seront décrites beaucoup plus tard.

C. — Déterminations pharyngées de la lèpre

Moins fréquentes que celles du nez, les déterminations pharyngées de la lèpre ont, par cela même, plus longtemps échappé aux observateurs. Cependant, au début du XIXe siècle, Fournier[5] en parle dans son article « Lèpre » du *Dictionnaire en* 60 *volumes* ; et plus tard, Cazenave[6] en dit quelques mots. Aux ulcérations destructives de ces auteurs, Hardy et Labarraque [7], utilisant des travaux plus récents, ajoutent des taches sombreset des tubercules plats, assez analogues à ceux des fosses nasales.

1. Voir volume V, p. 439. — 2. Voir volume V, p. 441. — 3. Voir volume V, p. 443. — 4. Voir volume V, p. 445. — 5. Voir volume V, p. 450. — 6. Voir volume V, p. 450.— 7. *Dictionnaire de médecine pratique*, article « Lèpre », et volume V, p. 450.

Wolff[1] mentionna enfin l'existence d'une pharyngite chronique qui serait assez précoce.

D. — Déterminations pharyngées de la morve

Les troubles gutturaux de la morve ont longtemps été méconnus, comme la maladie principale dont ils ne constituent qu'un simple épiphénomène[2]. Ollivier[3] y fait cependant allusion dans l'article « Morve » du *Dictionnaire en 40 volumes*. Il signale l'existence d'aphtes, d'accidents gangreneux dans la bouche; mais les lésions pharyngées résulteraient surtout, dit-il, d'une propagation des lésions si fréquentes que l'on constaterait du côté des fosses nasales. Tardieu[4] insista sur ces faits dans son *Traité de la morve et du farcin chronique chez l'homme*, paru à Paris, en 1840.

Les accidents primitifs de l'affection de la gorge, tout autrement importants pour le diagnostic que les accidents secondaires signalés plus haut, ont été mentionnés pour la première fois par le célèbre médecin anglais, Graves[5], dont l'observation a fait la base des descriptions de l'angine morveuse, que Peter et Desnos ont données dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, et dans le *Dictionnaire de médecine pratique*. Bollinger[6] est un peu plus original dans le *Ziemssens Handbuch der speciel Pathologie* ; mais, en somme, les notions sur les déterminations pharyngées du mal restèrent rudimentaires pendant toute la période que nous étudions.

1. Voir volume V, p. 451. — 2. Voir les notes de la page 453, volume V. — 3. Voir volume V, p. 452. — 4. Voir le volume V, p. 453. — 5. Voir volume V, p. 454. — 6. Voir volume V, p. 459.

Retentissement des maladies de la peau sur le pharynx

(Addendum aux processus inflammatoires secondaires du pharynx)

Les maladies de la peau étant, en somme, d'une connaissance scientifique récente (la première classification vraiment utile fut celle de Willan et de Bateman), il ne faut pas trop s'étonner de voir la question si intéressante des répercussions possibles des dermatoses sur les muqueuses rester si longtemps dans l'obscurité et l'indécision. Certes, les partisans des diathèses signalèrent plus d'une fois une sorte de balancement entre les affections cutanées et les troubles morbides qui frappent l'intérieur de l'organisme ; mais tout cela restait dans le vague. Malgré les travaux de Bordeu et de Bichat, les dermatologistes semblaient se défier et n'osaient s'engager sur un terrain où ils ne se sentaient pas sûrs. Cependant Robin devait encourager bientôt quelques tentatives dans cette voie, en soutenant que la muqueuse du tube digestif était jusqu'au cardia le résultat d'une involution cutanée. D'ailleurs, Rayer avait déjà insisté sur les analogies qui existent entre les maladies du revêtement interne et celles du revêtement externe. Gubler avait adopté avec ardeur cette opinion ; et, en syphiliographie, Baumès[1], de Lyon, après Babington et Cazenave, mais plus hardiment que ces auteurs, s'efforça de retrouver dans la gorge toutes les déterminations cutanées jusqu'alors décrites. Mais pour les autres dartres (eczéma, psoriasis, pemphigus), les travaux à mentionner dans cette voie sont extrêmement peu nombreux. Cependant, dès le début du XIXe siècle, Gilibert et Montfalcon[2] signalèrent

1. Voir volume V, p. 461. — 2. Voir volume V, p. 461.

la propagation du pemphigus du côté des muqueuses. L'éruption aurait, disent-ils, les mêmes caractères que sur la peau. Cazenave[1] a vu de grosses bulles dans le pharynx, mais il déclare le fait exceptionnel. Bazin est très peu explicite sur le sujet qui nous occupe ; mais il en est autrement de Lasègue [2], qui, sans prétendre pouvoir dresser un tableau d'ensemble des affections dartreuses de la gorge, en a rapporté quelques observations du plus haut intérêt. Il a signalé la ténacité, par récidives incessantes, du pemphigus, ainsi que les désordres graves qui parfois en résultent, notamment la perte de l'œil [3]. Son urticaire guttural[4] serait le résultat de perturbations digestives d'origine alimentaire. Il lui paraît caractérisé par une sensation d'extrême sécheresse de la gorge, qui devient chaude au toucher, et par une rougeur très foncée. La déglutition semblcrait modérément douloureuse, comme au début des angines. Son acné guttural [5] semble relever des manifestations adénoïdiennes du gosier ou de l'angine lacunaire de l'amygdale palatine ; du reste le doute est permis à ce sujet, qui demande de plus amples recherches, certains faits rapportés par l'auteur ne cadrant pas très bien avec l'hypothèse émise plus haut. Il en distingue une forme simple, une forme pustuleuse et enfin une forme indurée. Quant au psoriasis [6], il se borne à en admettre l'existence.

II. — TUMEURS DU PHARYNX (Ve Volume)

L'étude des tumeurs du pharynx n'a commencé vérita-

1. Voir volume V, p. 462. — 2. Voir volume V, p. 462. — 3. Voir volume V, p. 464. — 4. Voir volume V, p. 468. — 5. Voir volume V, p. 470. — 6. Voir son traité des angines.

blement qu'à une période assez avancée de la période que nous étudions ; on doit même noter que les travaux d'ensemble, c'est-à-dire les monographies [1], ont eu une apparition des plus tardives, de telle sorte que les matériaux à utiliser se réduisent en réalité à des observations éparses, souvent fort intéressantes il est vrai, mais dont on n'avait pas encore tiré le parti désirable. D'ailleurs, malgré l'opération proposée par Malgaigne [2] (pharyngotomie sus-hyoïdienne) que nous nous bornerons à citer, les interventions n'étaient guère possibles à une époque où la technique opératoire générale (asepsie, hémostase, anesthésie) n'avait pas encore subi les perfectionnements actuels. Il y a deux manières de classifier les néoplasmes de l'organe. On peut, à l'exemple de Mikulicz, les répartir suivant qu'ils occupent la région supérieure, moyenne ou inférieure du pharynx, ou bien les grouper suivant qu'ils appartiennent au voile, à l'amygdale ou au pharynx proprement dit, ces différentes régions jouissant d'une certaine indépendance anatomique et physiologique. Les deux méthodes peuvent également se défendre; nous avons admis la seconde parce qu'elle correspond mieux aux désignations employées par les divers observateurs et à la marche même des connaissances sur ce point important de la pathologie pharyngée.

A. — Tumeurs du voile

En 1844, Vidal de Cassis [3] communiqua à la Société de chirurgie un cas de tumeur du voile dont la structure

1. Les thèses de Python, de Passaquay, l'article de König dans la chirurgie de Pitha et Billroth sont postérieures à 1860. — 2. En somme c'était surtout un intéressant exercice de médecine opératoire. — 3. Voir volume V, p. 487.

anormale intrigua fort la docte assemblée, sans qu'elle pût arriver à une conclusion ferme [1] ; mais, sur ces entrefaites, Lebert ayant fait connaître l'adénome, lorsque Michon[2] communiqua un cas célèbre à cette même Société de chirurgie vers 1851, la nature du mal fut cette fois-ci reconnue.

Nélaton fit alors remarquer à Michon qu'il avait oublié de parler de ses droits d'antériorité. En 1887, en effet, ils avaient examiné ensemble avec Récamier [3] une religieuse qui était atteinte d'un néoplasme staphylin de cette nature, que Nélaton opéra avee succès. Un peu plus tard, ce dernier rencontra un nouveau cas [4], sur lequel il fit une leçon, mais sans réussir à attirer, comme le fit plus tard Michon, l'attention du public médical sur le sujet. Velpeau[5], Marjolin [6], Laugier[7] en firent bientôt connaître de nouvelles observations. Rouyer [8] composa sur le même sujet un important mémoire communiqué à la Société de chirurgie et souvent cité par les contemporains, mais qui n'a pas été publié. Puis vinrent les faits de Letenneur[9], de Felizet [10] (remarquable par la consistance dure et la structure fibreuse de la tumeur). Voici comment on peut résumer l'idée que se faisaient les contemporains de cette sorte de néoplasme : tumeur assez ferme, bien enkystée, facile par conséquent à énucléer, ne gênant que par son volume qui peut devenir considérable, n'amenant qu'une réaction symptomatique pour ainsi dire purement mécanique. On les considérait depuis Lebert, Robin et Denucé qui avaient pratiqué leur examen histologique, comme

1. Voir volume V, p. 493, un cas semblable de Gosselin. — 2. Voir volume V, p. 487 et surtout p. 497 (id.). — 3. Voir volume V, p. 490. — 4. Voir volume V, p. 492. — 5. Voir volume V, p. 498. — 6. Voir volume V, p. 498. — 7. Voir volume V, p. 499. — 8. Voir volume V, p. 350. — 9. Voir volume V, p. 504. — 10. Voir volume V, p. 505.

des adénomes. Mais cette opinion fut fortement ébranlée par Coyne[1]. Celui-ci, sur une pièce enlevée à un malade de Desprès, constata qu'il s'agissait d'un sarcome. C'était comme une sorte de prélude aux discussions sans fin, qui se sont élevées sur la signification de ce genre de tumeur. Dans son excellente thèse, parue en 1873, Python[2] a très bien résumé les travaux de l'époque. Il regarde encore les tumeurs mixtes comme d'origine glandulaire (adénomes).

Les papillomes ne sont connus que depuis la communication de Verneuil[3] à la Société anatomique, en 1858. Dès lors, leur forme pédiculée, leur allure bénigne et leur faible réaction furent signalées. Vidal[4], Guéneau de Mussy[5] et Nepveu[6] en publièrent de nouveaux exemples peu après. On possède, de la période que nous étudions, quelques cas de myxome[7], de fibrome[8], de lipome[9], de kyste dermoïde[10] et de cancer[11], mais qui ne fixèrent pas l'attention du public médical, de telle sorte qu'ils restèrent comme oubliés, du moins pendant un certain temps.

B. — Tumeurs de l'amygdale

Jusqu'en 1875, les seuls néoplasmes connus des tonsilles palatines furent pour ainsi dire les cancers, dont Velpeau[12] semble avoir fait la première mention. Chose remarquable, il ne se contenta pas de connaître la nature de l'affection à laquelle il avait affaire, mais pratiqua une

1. Voir volume V, p. 508. — 2. Voir volume V, p. 509. — 3. Voir volume V, p. 510. — 4. Voir volume V, p. 512. — 5. Voir volume V, p. 512. — 6. Voir volume V, p. 512. — 7. Voir volume V, p. 515. — 8. Voir volume V, p. 516. — 9. Voir volume V, p. 518. — 10. Voir volume V, p. 517. — 11. Voir volume V, p. 520. — 12. Voir volume V, p. 524.

intervention, qui aurait été heureuse sans des accidents infectieux très fréquents à l'époque. Peu après, Warren [1], en Amérique en faisait connaître un cas intéressaut ; et Valleix [2], utilisant ces deux faits, traçait, dans son traité du médecin praticien, un tableau assez fidèle de l'affection. L'observation de Lobstein [3] semble se rapporter à une métastase sarcomateuse d'un cancer du fémur droit. Lebert [4], Schaw [5], Dufour [6] en publièrent d'autres faits, ainsi que Marsdel [7], qui leur est postérieur. Mais la meilleure étude sur la question est due à Lasègue [8], qui eut le mérite d'insister sur une forme lente, à allure longtemps bénigne, à laquelle il donna, sans raisons bien marquées, le nom d'épithélioma. Le cas d'Erichsen [9] semble avoir été un squirrhe de l'amygdale gauche. Vers la fin, les néoplasmes amygdaliens de la leucocythémie [10] et les lymphosarcomes tonsillaires furent tirés de l'obscurité. Polland [11] résuma fort bien les notions de l'époque sur les cancers amygdaliens.

Quant aux tumeurs bénignes, si on en excepte l'hypertrophie amygdalienne qui a été décrite autre part, tout se bornait à un cas de lipome amygdalien opéré par Verneuil.

C. — Tumeurs du pharynx proprement dit

Comme nous l'avons dit autre part, l'histoire des tumeurs du pharynx proprement dit n'est, jusqu'en 1875, que celle des polypes naso-pharyngiens [12]. Etant donné

1. Voir volume V, p. 526 ; voir aussi Fano, p. 527. — 2. Voir volume V, p. 527. — 3. Voir volume V, p. 528. — 4. Voir volume V, p. 530. — 5. Voir volume V, p. 530. — 6. Voir volume V, p. 531. — 7. Voir volume V, p. 531. — 8. Voir volume V, p. 532. — 9. Voir volume V, p. 539. — 10. Voir volume V, p. 543. — 11. Voir volume V, p. 541. — 12. Si l'on excepte les néoplasmes cancéreux du cavum, dont il a été dit

que les auteurs du XVIIIe siècle avaient déjà fait beaucoup avancer la question, nous n'insisterons que sur les notions qui appartiennent véritablement à la période que nous étudions[1]. L'étiologie des fibromes restait toujours dans le vague ; mais on ne tarda pas à mettre en relief deux conditions importantes de leur développement, c'est-à-dire l'influence du sexe masculin et celle de la puberté, le néoplasme ne se rencontrant pas à un âge plus avancé. De plus, Nélaton montra que l'insertion pour ainsi dire exclusive était la voûte du cavum, opinion que Gosselin et Robert essayeront de contredire. La structure si nettement fibreuse souleva quelques discussions à propos de la présence ou l'absence de vaisseaux à l'intérieur. Un grave problème se posa bientôt, celui de la dégénérescence cancéreuse des polypes naso-pharyngiens, acceptée par les uns, rejetée par les autres. Mais ce qui progressa surtout, ce sont les méthodes d'intervention. Si les procédés de destruction (arrachement, cautérisation, rugination, électrolyse, etc.) laissèrent longtemps à désirer, à cause de leur insuffisance (d'où possibilité de récidive) et des accidents hémorragiques ou septiques dont trop souvent ils s'accompagnaient, les méthodes artificielles d'accès[2] (si on en excepte certaines

quelques mots dans la première partie, tout se réduisait, en dehors des fibromes du naso-pharynx, aux quelques indications fournies par Busch (*Uber retro-pharyngeal Geschwülste*, Charité Annalen, 1857) et Wünsche (*Uber retro-pharyngeal Geschwülste*. Thèse de Lepsig, 1864), que König a utilisées dans son article de la chirurgie de Pitha et Billroth, t. III, p. 32) sur le même sujet. C'est une sorte de caput mortuum de tumeurs à sièges très divers (parois pharyngées, tissu cellulaire rétropharyngien, ganglions rétropharyngiens, colonne vertébrale) et de la nature du fibrome, du sarcome, du myxome, du chondrome (un cas de Busch). — 1. Voir volume II, p. 357. — 2. Voir volume I, les tentatives d'Hippocrate, et volume II, p. 368, celles de Manne, l'instigateur de la voie palatine.

tentatives très isolées et en général insuffisantes des époques antérieures) furent véritablement créées au XIXe siècle. Trois grandes voies furent adoptées : la voie palatine, adoptée surtout par Nélaton[1] ; 2° la voie nasale avec ses procédés d'auvent nasal latéral (Chassaignac[2], Legouest[3], Denucé[4]), d'auvent nasal supérieur (Langenbeck), d'auvent nasal inférieur (Ollier[5]) ; 3° la voie maxillaire, soit par résection définitive (Syme[6], Flaubert[7]), soit par résection temporaire (Huguier[8] et Langenbeck[9]). Des questions assez oiseuses de priorité s'élevèrent entre les Français et les Allemands. Les premiers (Chassaignac, Huguier) conçurent théoriquement les différents temps de l'intervention, mais aux seconds revint le mérite d'avoir appliqué tout d'abord l'intervention sur le vivant.

Les sarcomes du cavum passaient surtout pour des dégénérescences cancéreuses des polypes nasopharyngiens ; mais les cliniciens avaient déjà signalé des cancers primitifs, et on tendait à rattacher à ceux-ci les soi-disant fibromes observés chez les femmes.

III. — TROUBLES NERVEUX DU PHARYNX

Pendant longtemps, les spasmes et les paralysies du pharynx furent seuls connus[10] ; mais, au XIXe siècle, les notions sur le sujet s'étendirent d'une façon notable, grâce surtout aux progrès de la neuropathologie et de

1. Voir volume V, p. 579. — 2. Voir volume V, p. 584. — 3. Voir volume V, p. 586. — 4. Voir volume V, p. 586. — 5. Voir volume V, p. 590. — 6. Voir volume V, p. 591. — 7. Voir volume V, p. 593. — 8. Voir volume V, p. 598. — 9. Voir volume V, p. 600. — 10. Volume V, p. 611, le petit paragraphe consacré au sujet.

la spécialité. L'article du *Dictionnaire en 40 volumes*, dû à Raige-Delorme[1], présente déjà des connaissances assez étendues sur les deux troubles mentionnés plus haut, dont Romberg fit également une bonne étude. Bientôt les perturbations motrices de l'organe furent utilisées pour déceler les maladies de la moelle et du bulbe, dont Bell et Magendie venaient de débrouiller magistralement la physiologie. Olivier cita un cas de myélite ascendante, où la dysphagie avait fini par être absolue, et Duchenne esquissa, en 1860, l'histoire de la paralysie glosso-labio-laryngée. Regardée d'abord comme une véritable entité (Duchenne), elle fut considérée comme un syndrome par Trousseau, qui en donna une admirable description, puis par une foule d'auteurs. Hallopeau résuma, dans sa Thèse, les idées de l'époque. Chairou fit d'autre part connaître l'anesthésie hystérique. Quant aux paresthésies d'origine dysménorrhéique ou produites par la ménopause, elles avaient été si longtemps prises pour de l'angine ; cette erreur fut redressée vers le milieu du XIXe siècle, notamment par Piorry. Il faut citer enfin l'excellente étude générale sur ces troubles nerveux pharyngés, qu'on trouve dans le *Traité des angines* de Lasègue.

IV. — TRAUMATISMES DU PHARYNX

Lorsque le traumatisme agit de *dehors* en *dedans*, presque toujours les accidents spéciaux au pharynx[2] disparaissent en quelque sorte au milieu de blessures

1. Voir, pour cet auteur et les suivants, volume V, p. 610.
2. Voir volume V, p. 634.

plus graves, des gros vaisseaux du cou par exemple et ne constituent qu'une partie assez minime du tableau morbide déterminé par les plaies de volumineux troncs veineux et artériels, des muscles, etc. D'ailleurs, il y a souvent ouverture à la fois des voies aériennes et digestives. Les phénomènes prouvant que la gorge est intéressée sont la dysphagie, la sortie au dehors de la salive, des aliments, etc. Lorsque le paquet vasculo-nerveux du cou n'a pas été atteint, comme cela arrive parfois dans les tentatives de suicide avec le rasoir[1] (Dieffenbach), le malade guérit parfois malgré la grandeur des désordres. Les instruments piquants peuvent se borner à perforer la cavité pharyngée et à déterminer consécutivement des fistules. C'est le cas également pour les blessures par armes à feu (voir le fait de Langenbeck).

2. — Lorsque le traumatisme agit de dedans en dehors en passant par la bouche, le voile est presque toujours intéressé, déchiré, divisé. Ses plans anatomiques paraissent souvent décollés (voir le cas de Marjolin). La paroi postérieure du pharynx qui s'oppose comme un écran à l'agent vulnérant est plus ou moins lésée ; la colonne vertébrale, elle-même, peut être intéressée. Quand il s'agit d'un suicide par arme à feu dont le canon a été introduit directement par la bouche, les ravages ainsi produits sont le plus souvent de telle nature que, s'il n'y a pas mort immédiate, une terminaison fatale ne tarde cependant pas à se produire. Toutefois, si la charge de poudre n'est pas considérable, on a vu les désordres se réduire en somme à peu de chose[2] et guérir assez rapidement.

1. Quand la tête est fortement relevée, et, par conséquent, les vaisseaux du cou ramenés en arrière. — 2. Quand le coup rate ou est mal dirigé (Voir volume V, p. 640).

V. — CORPS ÉTRANGERS DU PHARYNX

Les dimensions assez vastes du pharynx, sa puissante musculature striée, l'impulsion énergique que la contraction du mylo-hyoïdien imprime longtemps au bol alimentaire expliquent pourquoi, contrairement à l'œsophage, les corps étrangers[1] tant soit peu volumineux s'arrêtent exceptionnellement dans la cavité de cet organe. Or ceci est heureux ; car, le pharynx étant un carrefour commun pour les voies digestives et les voies aériennes, un accident de ce genre détermine non seulement de la dysphagie, mais des phénomènes d'étouffement fort graves, comme le démontrent les faits anciens de Bartholin, de Fabrice de Hilden, de Muys[1], et de quelques autres, aux époques précédentes. Dans l'observation de Habicot, la trachéotomie sauva un jeune homme qui avait avalé quelques pièces d'or pour les dérober. C'est la conduite à tenir en effet en pareille circonstance, quand on a le temps. Les vieillards un peu déments et parésiés, les aliénés voraces sont principalements sujets à ces sortes d'obstruction du gosier, presque toujours rapidement mortelles. Le plus souvent, il y a arrêt dans la partie la plus rétrécie de l'organe, c'est-à-dire au niveau du cartilage cricoïde.

Les esquilles d'os, les arêtes de poissons, en se fichant dans les parois pharyngées, déterminent des phénomènes d'irritation tenaces, des suppurations prolongées, des accidents de dysphagie qui épuisent les malades à la longue et peuvent faire penser à des affections beaucoup plus graves. Il en a été parlé lors de l'angine phlegmoneuse dont elles sont un des facteurs. Hévin,

1. Voir volume V, page 644.

qui a étudié, au XVIII[e] siècle, très complètement les corps étrangers du pharynx et de l'œsophage dit qu'il faut les extraire au besoin et, si cela est impossible, les pousser du côté de l'estomac. Pendant longtemps, on s'est servi de pinces, et, si le corps étranger paraissait trop bas, de crochet. Avec un bon éclairage, de la patience et une certaine habileté de mains, on a souvent réussi, même dans des cas désespérés en apparence. Dans celui du D[r] Geoghan de Dublin, une pince à polype suffit pour extraire un dentier que le patient avait avalé par mégarde.

VI. — PARASITES DU PHARYNX

Si on en excepte les cas d'acéphalocytes[1] fort rares dans l'amygdale, étant donné la petitesse de l'organe et par suite des vaisseaux qui l'irriguent (Dupuytren, Robert), les *sangsues* sont, avec certains *champignons*, les seuls parasites du pharynx. En effet, celui-ci étant vertical, contractile, donnant passage au bol alimentaire, cause d'entraînement mécanique, et ne présentant aucun récessus important vraiment profond est très peu favorable au séjour de ceux-ci. Mentionnée dès l'antiquité, la présence de l'hémopis du cheval avait été à peu près oubliée ; mais l'expédition d'Egypte, celle d'Espagne, et surtout la conquête de l'Algérie attirèrent à nouveau l'attention sur ce sujet. Presque tous les documents furent fournis, bien entendu, par les médecins militaires. Ils montrèrent la fréquence des accidents de cette nature, quand on boit imprudemment l'eau des mares ou de certains ruisseaux.

1. Pour ces vers et les autres parasites, consulter les matériaux que nous avons cités volume V, p. 664 et suivantes.

assez légère et le symptôme principal l'hémorragie dont la cause échappe, si l'on n'a pas l'idée d'explorer soigneusement la gorge. Le caractère du sang, sa provenance incontestable de la gorge mettraient sur la voie du diagnostic. Les fumigations de tabac, le sel, le vinaigre, au besoin la pince, suffisent pour se débarrasser de cet hôte importun.

VII. — MALFORMATIONS DU PHARYNX

A. — Malformations du pharynx proprement dit.

Pendant longtemps les difformités de cet organe sont restées inconnues ou n'ont eu qu'un intérêt de curiosité. Les investigations des tératologistes montrèrent, chez des fœtus monstrueux, que le pharynx pouvait manquer ou se terminer en cul-de-sac, ou s'aboucher avec les voies aériennes[1] ou encore se dédoubler. A côté de ces malformations congénitales, la clinique et les recherches nécropsiques permirent bientôt d'en connaître d'acquises.

La *dilatation* totale, suite, en quelque sorte, forcée et purement mécanique d'un rétrécissement de l'œsophage, a été signalée de bonne heure et par nombre d'auteurs (Cruveilhier, Rokitanski, Bérard, Valleix, etc.). La dilatation partielle, suite d'une invagination de la muqueuse à travers les mailles du muscle constricteur inférieur existait de la façon la plus nette dans le cas de Rokitanski, rapporté par Bérard. Les faits publiés mon-

1. Dans un cas rapporté par Tarnier (Académie de médecine, juillet 1866) il en était ainsi ; néanmoins, le nouveau-né survécut une semaine. Il rendait, dans des quintes de toux, du lait mélangé à des mucosités. Rien à l'auscultation.

La réaction produite par l'hémopis serait suivant eux trèrent que la poche pouvait parfois être latérale, mais que le plus souvent elle existait à la face postérieure. Son calibre variable, ainsi que sa forme, l'étroitesse de l'œsophage au-dessous de cette invagination avaient été sommairement mentionnés. Dans une pièce du musée Saint-Georges, le diverticule présentait le volume d'un œuf. Les enveloppes étaient formées par la muqueuse et le tissu cellulaire condensé comme d'habitude tout autour [1].

Mais les pharyngocèles reconnaissent encore une autre cause que les hernies. Elles peuvent être congénitales et dues probablement à une occlusion incomplète des fentes branchiales. Ainsi dans les deux faits publiés par Edmond Hallam, de Wallmouth, les nouveau-nés qui ne survécurent que quelques jours ne pouvaient déglutir le lait de leur nourrice [2]. Le pharynx était rétréci à la partie inférieure, où il présentait un diverticule latéral volumineux.

C'est également à une occlusion imparfaite des fentes branchiales, qu'on attribue ces trajets fistuleux faisant communiquer la cavité pharyngée avec l'extérieur. C'est Dzondi qui en observa le premier cas, en 1829. Cet auteur eut, du reste, le tort assez grave de croire qu'ils s'abouchaient non dans le pharynx mais dans la trachée, opinion fautive qui subsista pendant quelque temps.

1. Dans le cas de Reeves, il y avait de la dysphagie depuis plusieurs années. Le malade ressentait au niveau du cartilage cricoïde une sensation permanente de corps étrangers ; on percevait à ce niveau, sous le muscle sterno-hyoïdien, la présence d'une poche plus saillante à droite qu'à gauche. Sa compression faisait régurgiter par la bouche des matières alimentaires. Quelques auteurs ont pensé ici non à la pharyngocèle, mais à un abcès dont la poche aurait largement communiqué avec le pharynx. — 2. Voir, pour ces faits et les suivants, le paragraphe correspondant de la première partie du volume V, p. 676.

Ascherson, sans nier absolument cette disposition, pensa que la fistule pouvait se terminer aussi dans le pharynx. Il expliqua cette difformité en invoquant un trouble de segmentation du cou. Un certain nombre de faits de ce genre furent publiés par Neuhofer, Heine, Hyrtl, Münchenmeyer, Bœrens, Duncan, Mayer, Leuckart. Nous ne citons que les cas où l'abouchement pharyngé paraissait bien net ; en effet, ces trajets fistuleux peuvent être comme la fistule à l'anus complets, ou borgnes externes ou borgnes internes. C'est l'opinion soutenue par Heusinger, dans son excellente monographie. Souvent très bas, ils offrent un parcours oblique ; leur calibre est le plus souvent étroit ; ils ont fréquemment leur orifice externe placé sur le sommet d'une sorte de mamelon. Leur orifice interne est difficile à reconnaître ; aussi faut-il recourir à un liquide coloré pour en découvrir le siège. Parfois on retrouve sur une partie de leur trajet une saillie osseuse qu'on a attribuée à une côte cervicale. En outre de ces détails. Heusinger a signalé, après Ascherson, l'existence concomitante, dans un certain nombre de faits, de malformations auriculaires. Ceci n'a point lieu de surprendre étant données les relations de l'appareil auditif avec la première fente branchiale pendant la période embryonnaire. En France la malformation fœtale en question fut d'abord signalée par Serres, d'Allais, qui en publia trois observations intéressantes. En 1871, Fischer décrivit ces difformités d'une façon assez brève mais, en somme, complète, en insistant sur la sensibilité spéciale de ces trajets fistuleux dont l'irritation pourrait déterminer parfois des quintes de toux assez violentes, ou des douleurs fort vives. En 1873, Duplay fit paraître, sur le sujet, un travail très complet,

qui relate les recherches des auteurs étrangers et les complète sur plusieurs points. Il hésite à admettre la fistule borgne interne de Heusinger, dont l'existence a été cependant démontrée depuis par des cas publiés récemment.

Les rétrécissements[1] de l'organe, qui siègent à l'union du cavum avec l'oropharynx ont été signalés d'abord au cours de la syphilis (Babington, Mayo, Cazenave, Deverger, etc.), puis du lupus du pharynx (Bryck, Czermack, Coulson, etc.). Mais ils n'ont été bien connus que depuis le célèbre mémoire d'Hermann Paul (traduit en français par Verneuil), qui en explique très bien la pathogénie, en indique les degrés et en montre l'aspect assez variable, suivant les cas.

B. — Malformations de l'amygdale.

Au moment de la naissance, dit Lasègue, le volume des tonsilles palatines peut être très variable ; mais cette variation[2] de grosseur incontestable s'accentue davantage plus tard sous l'influence de diverses causes[3] pathologiques ; les sillons qui parcourent l'amygdale peuvent être nuls ou sont très accusés. La grandeur des cryptes est parfois réduite à presque rien ou, au contraire, très spacieuse, surtout quand elles renferment des amas de mucus ou de pus ou des masses crayeuses. Déjà au xviiie siècle, on avait signalé l'insertion sessile ou pédiculée et interprété les embarras ou les facilités qui en résultent pour la tonsillotomie ; mais l'absence complète, et la disposition poly-

1. Voir volume V, le travail très développé d'Hermann Paul. — 2. Voir à ce sujet les récentes recherches, notamment celles de Stohl ; la tonsille peut manquer ou être très rudimentaire, ou volumineuse au moment de la naissance, mais ces faits sont rares. — 3. Voir volume V, p. 719.

peuse ne seront mentionnées qu'assez récemment, c'est-à-dire postérieurement à la période qui nous occupe.

C. — Malformations du voile.

D'après Lermoyez, Trélat[1] aurait été le premier à signaler ce qu'on appelle habituellement insuffisance staphylienne, voile trop court, bien que cette malformation résulte d'un arrêt de développement de la voûte osseuse et non du voile, dont l'insertion antérieure est simplement rapportée en avant. Trélat croyait à un bec-de-lièvre spontanément guéri. Dans le cas de Notta, il existait aussi une sorte de pont membraneux. La luette, dans ces cas, serait normale ou atrophiée. Trélat a parfaitement vu les troubles dysphagiques et phonateurs que cette insuffisance relative entraîne et que son élève Lermoyez devait mettre plus tard si brillamment en lumière dans un travail bien connu. Plus tard, Ehrmann, de Strasbourg, publia une observation identique à celles de Trélat et de Notta. Wolff et Kayser, en Allemagne, eurent l'occasion de constater aussi cette malformation; mais ils n'en comprirent pas la portée et leurs faits furent communiqués comme des formes rares de nasillement. Rappelons qu'en 1863, Langenbeck a publié un cas où le palais osseux semblait manquer en totalité. Le voile était très en arrière. Dans son deuxième fait, il existait une fente osseuse, comblée par la muqueuse qui passait comme un pont au-dessus. Dans son troisième cas, cette fente n'était bouchée que par une sorte d'aponévrose.

La bifidité congénitale du voile, à l'état isolé ou compliquant une malformation semblable de la voûte

1. Voir volume V, p. 721.

palatine, a été notée de bonne heure. On l'expliqua par un vice de développement dû à l'imagination déréglée de la mère, ou une perte de substance (hypothèse ruinée par le célèbre chirurgien Louis) ou à une cause mécanique (Osiander), ou à un excès de développement de la langue écartant mécaniquement les parois de la cavité buccale (Tenon, Wrolik, Nicolati), ou à des adhérences cicatricielles avec le voisinage (Geoffroy Saint-Hilaire), ou enfin à un arrêt de développement (Meckel, Göthe), opinion qui fut bientôt adoptée par Blandin, Geoffroy Saint-Hilaire. Les recherches embryologiques de Rathke, de Reichert en Allemagne, de Coste en France confirmèrent cette dernière hypothèse. En présence des désordres que cette malformation entraîne du côté de la nutrition, il était naturel qu'on recherchât à y porter remède. Cependant il n'en fut pas ainsi pendant bien longtemps; et Lemonnier, dentiste français de la fin du XVIII[e] siècle, essaya le premier d'y remédier en rapprochant mécaniquement les bords avivés de la fente.

De Grœfe père à Berlin tenta aussi l'entreprise, mais ne réussit pas. En France, Roux fut plus heureux sur le docteur Stephenson. Un an après, Alcock, chirurgien de Londres, imitait l'exemple de Roux et obtenait un succès. Depuis, les tentatives se multiplièrent; on parvint à suturer non plus d'arrière en avant, comme Roux, mais d'avant en arrière (Bérard); on entrebâilla la bouche par un bâillon spécial, bien adapté ; enfin on immobilisa le voile pendant l'opération avec une pince spéciale, ce qui mit à l'abri des mouvements tumultueux de cet organe si préjudiciables à l'opérateur.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

I. — PROCESSUS INFLAMMATOIRES SECONDAIRES DU PHARYNX

A. — Lésions inflammatoires vulgaires

1) D'ORIGINE GÉNÉRALE

a) Rougeole

Baron. — Thèse. Paris, 1841.

Billard. — Traité des maladies des nouveau-nés. Paris, 1828.

Campaignac. — Diss. sur la rougeole. Paris, 1812.

Chabrier. — Des accidents graves de la rougeole. Mémoires de la Soc. des sc. méd. de la Moselle. Metz, 1860.

Cordier. — Thèse de Paris, 1875.

Desnos. — Art. Angine. Dict. de méd. et chirurg. pratiques.

d'Espine (A.). — Art. Rougeole. Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.

Gerhardt. — Lehrb. der Kinderkrankheiten. Tubingen, 1871.

Girard. — Histoire de la rougeole. Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux, 1869.

Grisolle. — Traité élémentaire et pratique de pathologie interne. Paris, 1844.

Guersant. — Art. Croup. Diction. en 40 volumes.

Helft. — Jahrbuch für Kinderkrankheiten, 1843.

Lafaye. — Thèse de Paris, 1868.

Larivière. — Gaz. des hôp., 1869.

Lasègue. — Traité des angines. Paris, 1868.

Lieutaud. — Précis de médecine. Paris, 1773.

Monfalcon. — Art. Rougeole. Diction. de méd. en 60 volumes. Paris, 1820.

MOYNIER. — Des accidents graves de la rougeole et de la scarlatine. Metz, 1860.
PARROT. — Maladies des enfants nouveau-nés. Paris, 1873.
PETER. — Art. Angine. Diction. encyclopédique des sciences médicales (Dechambre).
RAYER. — Traité des mal. de la peau. Paris, 1835.
REQUIN. — Éléments de pathologie médicale. Paris, 1843.
RILLIET. — Gaz méd. 1847.
RILLIET et BARTHEZ. — Traité clinique et pratique des maladies des enfants. Paris, 1843.
SANNÉ. — Art. Rougeole. Dict. encyclop. des sciences médicales.
SEUX. — Recherches sur les maladies des nouveau-nés. Paris, 1855.
SOSTRAT. — Gangrène morbilleuse. Thèse de Paris, 1872.
STEINER. — Compendium d. Kinderkrank. Leipzig, 1872.
THOMAS. — Gangrène morbilleuse. Thèse de Paris, 1869.
TRIQUET. — Abrégé de pathologie médic. chirurg. Paris, 1852, 2 vol.
TROUSSEAU. — Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu.
VALLEIX. — Guide du médecin praticien. Paris, 1847.

b) Scarlatine

BAYLE. — Traité de pathologie médicale. Paris, 1856-1857.
BERTON. — Lancette française. T. IV, 1842
BOUCHUT. — Traité pratique des maladies des enfants nouveau-nés. Paris, 1855.
BOUILLAUD. — Traité de nosographie médicale. Paris, 1846. T. II.
BRETONNEAU. — Aphorisme sur la scarlatine. Paris, 1826, et Archives générales de médecine. T. XIII, p. 29.
BRUCHON. — Angine diphtérique, éruption scarlatiniforme. Bulletin de la Société de médecine de Besançon, 1858.
BUTTURA. — Scarlatine sans exanthème. Paris, 1857.
CAPPEL. — Abhandlung von Scharlach. Berlin, 1803.
DANCE. — Archives de médecine, 1re série, t. XXIII.
DAVID et ECUEUILLE. — Gazette médicale. T. II.
DESNOS. — Art. Angine. Diction. de méd. et chirurg. pratiques. Paris, 1864.
FALLOT. — Du rôle de l'angine dans certaines épidémies de scarlatine. Montpellier médical, 1861.

Fischr. — Darstellung des Scharlach. Prag, 1832.
Fuchs. — Historische Untersuchungen über Angina maligna und. ihr Verhältniss, ou Scarlatina und. Croup. Würtzburg, 1828
Gintrac. — Pathologie interne et thérapeutique médicale. Paris, 1853.
Gintrac. — Gazette méd. Paris, 1848.
Gregory. — Elements of the theory and pratice of medicine. London, 1839.
Grisolle. — Traité de pathologie interne. Paris, 1844.
Gubler. — Exanthème bucco-pharyngien simulant la scarlatine. Moniteur des hôp., 1858.
Guéretin. — Mémoire sur une épidémie d'angine scarlatineuse observée dans le canton du Lion d'Angers pendant l'année 1841. Archives générales de médecine, 1842.
Guersant. — Dict. de médecine, 21 vol.
Guersant et Blache. — Art. Scarlatine. Dict. méd. en 30 vol.
Hebra. — Scarlatina. Virchow Handbuch. Erlangen, 1860.
Hufeland. — Manuel de médecine pratique, trad. Didier. Paris, 1818. T. II.
Jouan de Saint-Just. — Art. Scarlatine. Dictionnaire de méd. en 60 volumes.
Kennedy. — London medico-chirurgical Review, 1843.
Laboulbène. — Recherches cliniques et anat. sur les affections pseudomembraneuses. Paris, 1861.
Lasègue. — Traité des angines. Paris, 1868.
Lebert. — Handbuch der praktischen Medicin. Tubingen, 1858-1857.
Marchal de Calvi. — Union médicale, 1855.
Mondières. — Revue médicale. Paris, 1842.
Monneret et Fleury. — Compendium de méd. prat. T. III, 1859.
Moynier. — Accidents graves de la rougeole et de la scarlatine. Metz, 1860.
Neumann. — Von den Krank. des Menschen. Berlin, 1836-1844.
Noirot. — Histoire de la scarlatine. Paris, 1847.
Nysten. — Manuel médical. Paris, 1814.
Peter. — Art. Scarlatine. Diction. enc. des sciences médicales.
Pfeiffer. — Der Scharlach. Bamberg, 1815.
Picot. — Art. Scarlatine. Nouveau Dict. de méd. et chir. prat.
Rayer. — Traité des maladies de la peau. Paris, 1835.

Reich. — Neue Aufschlusse über die Natur und Heil des Scharlachfiebers. Halle, 1810.

Requin. — Eléments de pathologie médicale. Paris, 1843.

Ricken. — Journ. sc. méd. Bruxelles, 1843.

Rilliet et Barthez. — Traité théorique et pratique des maladies des enfants. Paris, 1843.

Roger. — Des éruptions cutanées dans les fièvres. Thèse. Paris. 1847.

Rolland. — Thèse de Paris, 1849.

Rosenstein. — Traité des maladies des enfants.

Th. de Salisbury. — Traduction française de Cloquet. Paris, 1818.

Schnitzer et Wolf. — Handbuch. Leipzig, 1843.

Senn. — Essai sur la scarlatine puerpérale. Thèse de Paris. Genève, 1825.

Steiner. — Compendium d. Kinderkrankheiten. Leipzig, 1872.

G. Sée. — Leçon clinique sur la scarlatine, 1861.

Taupin. — De la scarlatine. Thèse de Paris, 1840.

Thomas. — Ziemssen's Handbuch. Maladies générales. Leipzig, 1874.

Trousséau. — Leçons cliniques. Gaz. des hôp., 1854, et mémoires sur une épidémie d'angine couenneuse scarlatineuse. Arch. gén. de méd. T. II, 1829.

Trousseau. — Angine couenneuse scarlatineuse. In Arch. gén. de méd., 1829.

Trousseau. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 1er vol.

Valleix. — Guide du médecin praticien. Paris, 1847.

c) Variole

Andral. — Cliniques médicales. Paris, 1826.

Andral. — Cours de pathologie interne. Paris, 1836.

Balzer et Dubreuilh. — Art. Variole. Diction. de méd. et chirur. pratiques (Jaccoud).

Bouchut. — Traité pratique des maladies des enfants nouveau-nés. Paris, 1855.

Bouillaud. — Traité de nosographie méd. Paris, 1846. T. II.

Desnos. — Art. Angine. Diction. de méd. et chirurgie pratiques. (Jaccoud).

Gintrac. — Traité de pathologie interne et thérapeutique méd., Paris, 1853.

Grisolle. — Traité de pathologie interne. Paris, 1844.
Guersant et Blache. — Diction. de méd. en 40 vol.
Jaccoud. — Pathologie interne. Paris, 1er édition.
Lasègue. — Traité des angines. Paris, 1868.
Monneret et Fleury. — Compendium de médecine. Paris, 1859.
Neumann. — Von den Krankheiten des Menschen. Berlin, 1836.
Noirot. — Histoire de la scarlatine. Paris, 1847.
Peter. — Article Angine. Diction. encyclop. des sc. méd.
Piorry. — Traité de pathologie. Paris, 1842-1850.
Rayer. — Traité des maladies de la peau. Paris, 1835.
Rilliet et Barthez. — Maladies des enfants. T. III. Paris, 1843.
Trousseau. — Clinique méd. de l'Hôtel-Dieu. Vol. I.
Valleix. — Guide du médecin praticien. Paris, 1847.

d) Fièvre typhoïde

Andral. — Cours de pathologie interne recueilli et rédigé par Latour. Paris, 1835.
Arnould et Lemoine. — Art. Typhoïde. Dictionnaire encyclop. des sciences médicales.
Bretonneau. — Notice sur la contagion de la dothiénentérite Arch. gén. méd. 1829.
Chedevergne. — De la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1864.
Chomel. — Leçons cliniques sur la dothiénentérie.
Desnos. — Dictionnaire de méd. et chirurg. pratiques. Angine.
Dreyfous. — Article F. typhoïde. Dictionnaire de méd. et chir. pratiques.
Erhard. — Berliner klinische Wochenschrift, 1872.
Griesinger. — Traité des maladies infectieuses. Traduction française, Paris, 1865.
Grisolle. — Traité élémentaire et pratique de pathologie interne, Paris, 1844.
Guéneau de Mussy. — Clinique médicale, t. III.
Liebermeister. — Ziemssens Handbuch, II. 1876.
Louis. — Recherches anatomiques et pathologiques sur la fièvre typhoïde. Paris, 1829.
Murchison. — A treatise on continued fever of Greet Britain, London, 1873.

OULMONT. — Epidémie d'angine couenneuse. Archives générales de médecine, 1856.

PETER. — Article Angine. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

RICHARD. Symptômes pharyngés du typhus. Dict. de médecine et chirurgie pratiques.

RILLIET et BARTHEZ. — Traité clinique et pratique des maladies des enfants, Paris, 1843.

TROUSSEAU. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, t. I.

VALLEIX. — Guide du médecin praticien. Paris, 1847.

VIRCHOW. — Geschwülste (tumeurs), 1863.

ZIEMSSEN. — Handbuch der speciel Pathologie, vol. VII.

e) Maladies générales infectieuses, autres que les fièvres exanthématiques et la fièvre typhoïde, s'accompagnant parfois de déterminations pharyngées.

ANDRAL. — Cliniques médicales. Paris, 1826.

ANCELIN. — Déterminations pharyngées (tumeurs) d'origine charbonneuse. In thèse de Fano. Paris, 1857.

BÖLLINGER. — Ziemssen's Handbuch der speciel Pathologie (charbon).

DESNOS. — Article Angine. Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques.

FRANCK (J.). — Traité de nosologie, trad. Bayle, et Praxeos medicinæ universæ præcepta. vol. I, 2e section. Paris, 1821.

GINTRAC. — Pathologie interne et thérapeutique médicale. Paris, 1853 (grippe).

GRIESINGER. — Traité des maladies infectieuses, traduction française (fièvres intermittentes, typhus, peste, etc.). Paris, 1865.

HIRTZ. — Fièvres intermittentes, continues, etc. Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques.

LEBERT. — Handbuch der practischen Medicin. Tubingen, 1855 (typhus exanthématique).

RAIGE DELORME. — Art. Grippe. Dictionnaire en 40 volumes.

RUARD. — Moniteur des hôpitaux, 1857.

TIGRI. — Influenza. Annali universali de Medicina, 1867.

ZÜLZER. — Ziemssen's Handbuch der speciel Pathologie (influenza).

f) Déterminations pharyngées de la goutte

BRINTON. — Lancet, 1866.

CHOMEL. — Clinique sur les affections granuleuses du pharynx. Gazette médicale de Paris, 1846.

DESNOS. — Art. Angine Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques (Jaccoud).

GARROD. — Traité de la goutte. Traduction Jaccoud.

GINTRAC. — Cours théorique et pratique de pathologie interne. Paris, 1853.

GRISOLLE. — Traité de pathologie interne (goutte). Paris, 1844.

GUÉNEAU DE MUSSY. — Goutte. Union médicale, 1856.

JACCOUD. - - Traité de pathologie interne. 1re édition.

LABADIE LAGRAVE. — Goutte. Dict. de méd. et chirurgie pratiques (Jaccoud).

LAGOANÈRE. — Essai sur les angines rhumatismales et goutteuses. Th. Paris, 1876.

LASÈGUE. — Traité des angines. Paris, 1868.

PETER. — Art. Angine. Dict. encyclopédique des sciences médicales.

POWER. — Goutte. Lancet, 1866.

RAQUIN. — Éléments de pathologie médicale. 1re et 2e éditions (1843-45).

RENDU. — Art. Goutte. Dict. encyclopédique des sciences médicales.

TROUSSEAU. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

VALLEIX. — Guide du médecin praticien. Paris, 1842.

g) Déterminations pharyngées du scorbut

ANDRAL. — Union médicale, 1847.

ANDRAL et RATIER. — Art. Scorbut. Dict. de médecine en 15 volumes.

BALME. — Traité historique et pratique du scorbut. Lyon, 1819.

BECQUEREL et RODIER. — Archives générales de médecine, 1847.

BLANCHARD. — Du scorbut. Thèse de Paris, 1864.

FODERÉ. — Article Scorbut. Dictionnaire de médecine en 60 volumes. Paris, 1820.

FRANCK. — Traité de nosologie, article Scorbut.

GINTRAC. — Pathologie interne. Paris, 1853.
GRISOLLE. — Pathologie interne. Paris, 1844.
HAYEM. — Relation clinique de l'épidémie de scorbut. Paris, 1871.
LASÈGUE. — Traité des angines. Paris, 1868.
LASÈGUE et LEGROUX. — Archives générales de médecine, 1871.
MARY. — Étude clinique pour servir à l'histoire du scorbut. Recueil de mémoires de médecine militaire, 1859.
RACHAUX. — Art. Scorbut. Dictionnaire de médecine en 40 vol.
TROUSSEAU. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, T. 1.
VALLEIX. — Scorbut, in Guide du médecin praticien. Paris, 1847.

h) Angines toxiques

ANDOUARD. — Journal de chimie, 1843.
BARRALIER. — Article Cuivre. Dictionnaire de médecine et chirurgie pratique (Jaccoud).
BUCQUOY. — Angines toxiques. Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, 1874.
DESNOS. — Article Angine in Dictionnaire de médecine et chirurgie pratique (Jaccoud).
GINTRAC. — Art. Angine. Traité de pathol. interne. Paris, 1855.
GRISOLLE. — Traité de pathologie interne (iode). Paris, 1862.
GUBLER. — Art. Belladone. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.
HIRTZ. — Art. Belladone. Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques.
JACCOUD. — Traité de pathologie interne. Paris, 1875.
LANDOUZY et MAUMENÉ. — Danger du zinc. Communication à l'Académie de médecine, 1859.
LASÈGUE. — Traité des angines. Paris, 1868.
LEBIDOIS. — Inflammation interne du pharynx par l'acide sulfurique. Archives générales de médecine, 1827.
MEURIOT. — Étude physique et thérapeutique de la belladone. Thèse de Paris, 1868.
NYSTEN. — Influences nocives des acides. Gazette de santé, 1816.
PETER. — Art. Angine. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.
RAQUIN. — Traité de pathologie. Paris, 1843 (art. Toxiques).

Rayer. — Traité des maladies de la peau. Paris, 1835.
Revue médicale. — T. XVII, p. 405 (Ammoniaque).
Trousseau et Pidoux. — Traité de thérapeutique, édit. 1839. Art. Antimoine, Cuivre, Belladone, Zinc, Mercure, etc.
Valleix. — Guide du médecin praticien. Paris, 1842 (toxiques).

2) PHLEGMASIES PHARYNGÉES VULGAIRES D'ORIGINE LOCALE

a) Déterminations pharyngées du Muguet

Archambault. — Muguet. Dict. encyclop. des sciences méd.
Béhier et Hardy. — Du muguet, in Pathol. interne, t. II, 1864.
Berg. — Société médicale suédoise de Stockholm, 1842.
Billard. — Traité des mal. des nouveau-nés. Paris, 1828.
Delafond. — Contagion du muguet, in Gaz. hebd. de méd., 1858.
Devilliers. — Muguet, Diction. de médecine en 60 vol.
Doublet. — Mém. de la Soc. royale de médecine, 1785.
Doubles. — Muguet. Journ. gén. de méd., t. XVIII.
Empis. — Muguet. Arch. gén. de méd., 1850.
Gruby. — Allgemeine Zeitung. f. chirurgie, 1842.
Gubler. — Note sur le muguet. Gaz. méd. Paris, 1852.
Gubler. — Amygdalites et Muguet. Mém. de l'Acad. méd. 1858, Arch. méd., 1860.
Guersant et Blache. — Muguet. Dic. en 30 vol., p. 320.
Guillot. — Thèse de Paris, 1832.
Isambert. — Contagion du muguet. Gaz. des hôp., Paris, 1855.
Laboulbène. — Recherches cliniques et anatomiques sur les affections pseudo-membraneuses. Paris, 1861.
Lelut. — Arch. gén. de méd. Paris, 1823, Muguet.
Muller. — Arch. physiologie, 1842.
Peaucellier. — Aphtes des enfants. Thèse de Paris, 1816.
Parrot. — Maladies des enfants nouveau-nés. Paris, 1873.
Parrot. — Cliniques des nouveau-nés. Paris, 1873.
Parrot. — Localisations du muguet. Arch. de phys., 1869.
J. Piron. — Aphtes des nouveau-nés, Paris, in-4, 1816.

PITHA. — Angina nosocum. Prag. Virtelsjahrschrift, 1857.
RAULIN. — De la conservation des enfants. Paris, 1769.
RILLET et BARTHEZ. — Traité clinique et pratique des maladies des enfants. Paris, 1843.
CH. ROBIN. — Muguet. Traité des végétaux parasites. Paris, 1853.
SEUX. — Recherches sur les mal. des nouveau-nés. Paris, 1855.
J. SIMON. — Muguet. Dic. de méd. et chirurg. prat.
CORDENS. — Muguet primitif de la gorge chez un enfant de 6 mois. Journ. de méd. de Bruxelles, 1885.
TROUSSEAU et DELPECH. — Muguet. Journ. de méd., 1845.
VALLEIX. — Cliniques des enfants nouveau-nés. Paris, 1838.
VAN WIMPERSE. — Muguet, Mémoires de la Soc. royale de méd., 1788.

b) Déterminations pharyngées de la stomatite ulcéro-membraneuse et aphteuse

BAMBERGER. — Handbuch der speciell. Pathologie, Virchows, Erlangen, 1864.
BERGERON. — Dict. encycloped. des sciences médicales.
BILLARD. — Traité des maladies des nouveau-nés. Paris, 1828.
DUGÈS. — Stomatite. Dict. de médecine en 15 volumes.
FABRE. — Dict. de médecine.
FISCHER. — Ziemssens Handbuch. VII, 1re partie.
GUERSANT et BLACHE. — Dict. de médecine en 40 volumes.
GUERSANT. — Aphtes. Dict. de médecine en 30 volumes.
JACCOUD. — Traité de pathologie, 1er édition.
PARROT. — Clinique des nouveau-nés. Paris, 1873.
PEAUCELLIER. — Aphtes des enfants. Thèse de Paris, 1816.
PETER. — Art. Angines. Dict. encycloped. des sciences médicales.
PIRON. — Aphtes des enfants nouveau-nés. Paris, 1816.
RILLIET et BARTHEZ. — Traité des maladies des enfants, T. I.
SIMON. — Dict. de méd. et chir. pratiques.
TAUPIN. — Journal des connaissances méd., 1839.
VALLEIX. — Cliniques des enfants nouveau-nés. Paris, 1838.
VOGEL. — Ziemssens Handbuch, VII, 1re partie.
WORMS. — Gazette hebd. de médecine et de chirurgie, 1864.

c) Déterminations pharyngées d'origine dentaire

Follin et Duplay. — Traité de chirurgie.
Fournier. — Art. Dent. Dict. de médecine en 60 volumes.
Magitot. — Arch. générales de médecine, 1867.
Oudet. — Art. Dent. Dict. de médecine en 40 volumes.
Rust. — Handbuch der chirurgie, Berlin, 1830.
Toirac. — Lésions d'origine dentaire. Revue de médecine, 1828.
Tott. — Ueber einen Art. von Angina. Schmidts Jahrb. 1825.

B. — Lésions inflammatoires nodulaires

a) Déterminations pharyngées de la syphilis

Alibert. — Traité encyclopédique des sciences médicales. Paris, 1834.
Andouard. — Pharyngite vénérienne. Gaz. hebd. de méd., 1855.
Andral. — Cours de pathol. interne. Paris, 1835.
Barrie. — Des plaques muqueuses. Thèse de Paris, 1866.
Bassereau. — Affections de la peau symptômes de syphilis. Paris, 1855.
Baumès. — Précis des maladies vénériennes. Paris, 1840.
Bazin. — Leçons théoriques et cliniques sur les syphilides. Paris, 1859.
Berthier. — Considérations sur les syphilides. Thèse, 1840.
Boyer. — Ulcères vénériens. Traité des mal. chirurg. T. VI. Paris, 1822.
Bucquoy. — De l'angine syphilitique. France médicale, 1874.
Cazenave. — Traité des syphilides. Paris, 1843.
Cullerier. — Syphilides. Dict. de médecine en 60 volumes, 1820.
Cullerier. — Traité iconographique des maladies vénériennes. Paris, 1862.
Davasse et Deville. — Des plaques muqueuses. Arch. génér. de médecine, 1845.
Desruelles. — Traité des maladies vénériennes. Paris, 1836.
Devergie. — Clinique des maladies syphilitiques. Paris, 1826.
Diday. — Traité des maladies vénériennes. Paris, 1870.

Dimay de Gustine. — De la diphtérie syphilitique. Paris, 1862.
Fano. — Tumeur syphilitique de l'isthme du gosier. Thèse d'agrégation. Paris, 1857.
Fougère. — Etude sur l'angine ulcéreuse maligne de nature scrofuleuse. Thèse de Paris, 1871.
Fournier. — Leçons sur la syphilis. Paris, 1875.
Fournier. — Arch. générales de médecine. Paris, 1860.
Gibert. — Traité des maladies vénériennes. Paris, 1836.
Gilbert Gamberini. — Trattato teorico pratico delle malattie veneree. Bologne, 1855.
Hardy. — Leçon sur la scrofule et les scrofulides. Paris, 1864.
Herbert Mayo. — A treatise on syphilis. London, 1840.
Homolle. — Des scrofulides graves de la muqueuse bucco-pharyngée. Thèse de Paris, 1875 (pour le diagnostic).
Humbert. — Trait. des mal. syphilitiques de la peau. Paris, 1828.
Isambert. — Syphilis pharyngo-laryngée. Conférence clinique, 1870.
Joly. — Journal médical de Bruxelles, 1853.
Landrieux. — Arch. gén. de médecine, 1874.
Lasègue. — Traité des angines. Paris, 1868.
Legendre. — Considérations sur les syphilides. Thèse de Paris, 1841.
Machon. — Pharyngite syphilitique tertiaire. Thèse de Paris, 1874.
Maisonneuve et Ménètrier. — Traité des mal. vénériennes. Paris, 1853.
Mandl. — Traité des mal. du larynx et du pharynx. Paris, 1872.
Martellières. — De l'angine syphilitique. Thèse de Paris, 1854.
Martellière. — Pharyngite syphilitique. Arch. générales de médecine, 1855.
Martin. — Des accidents vénériens d'apparence diphtérique. Thèse de Paris, 1861.
Melchior Robert. — Trait. des mal. vénériennes, Paris, 1861.
Niemeyer. — Angine syphilitique. Traité de pathol. interne, 1865.
Paris. — Gazette des hôpitaux, 1863.
Passaquay. — Tumeurs de l'amygdale. Thèse de Paris, 1873.
Petit-Radel. — Cours des maladies syphilitiques, T. I. Paris, 1812.

Pillon. — Exanthème syphilitique. Thèse de Paris, 1857.
Rattier. — Considérations sur les syphilides. Thèse de Paris, 1840.
Requin. — Pathologie médicale, T. III.
Reumont. — Beiträge zur Pathologie und Therapie des constitutionnel Syphilis. Erbangen, 1864.
Richerand. — Angine syphilitique. Nosographie chirurgicale, T. III.
Ricord. — Bull. soc. de chirurgie, 1851.
Ricord. — Traité des maladies vénériennes. Paris, 1838.
Rollet. — Archives générales de médecine. Paris, 1859.
Rollet. — Traités des maladies vénériennes, Paris, 1865 et 1872.
Roux. — Gazette méd. de Paris. 1852.
Schütz. — Ueber Angina syphilitica. Prag. Viertlj, 1874.
Schweich. — Études sur les syphilides. Thèse de Paris, 1869.
Türck. — Ulcérations syphilitiques du cavum. Wien. allg. medic. Zeitung., 1861.
Valleix. — Guide du médecin praticien. Paris, 1847.
Vidal (de Cassis). — Annales des mal. de la peau et de la syphilis, 1844.
Vidal (de Cassis). — Traité des maladies vénériennes. Paris, 1853.
Virchow. — De la syphilis constitutionnelle. (Trad. Picard). Paris, 1860.
Wagner. — Krankheiten des Gaumens. Leipzig, 1834.
Wendt. — Krankheiten der Nasen, Rachen, etc. Leipzig, 1874.
West. — Archives générales de médecine, 1860.

b) Déterminations pharyngées de la tuberculose

1) Tuberculose miliaire aigue

Barth. — Tuberculose du pharynx. Thèse de Paris, 1880.
Bucquoy. — Angine tuberculeuse. Société méd. des hôpitaux, 1874. In Union médicale, 1874.
Buzenet. — Du chancre de la bouche et son diagnostic différentiel. Thèse de Paris, 1858.
Clarke. — Transact. of the pathol soc., xxvii, 1876.
Cornil. — Journal des connaissances médicales. Paris, 1875.
Desnos. — Art. Angine. Nouveau dictionnaire de méd. et de chir. pratiques.
Fraenkel. — Berliner klinische Wochenschrift, 1876.

GRISOLLE. — Traité élémentaire et pratique de pathologie interne, T. II, Paris, 1844.
GUÉNEAU DE MUSSY. — Union méd., 1856. Clinique médicale, T. III.
HAYEM. — Tuberculisation du pharynx. Bull. de la Société médicale des hôpit., 1874.
ISAMBERT. — Bulletin de la Soc. médicale des hôpitaux, 1872.
ISAMBERT. — De la tub. miliaire pharyngo-laryngée. Paris, 1875.
ISAMBERT. — Conférences cliniques. Paris, 1877.
JACCOUD. — Traité de pathologie interne, T. II. Paris, 1870.
JULLIARD. — Des ulcérations de la bouche et du pharynx dans la phtisie pulmonaire. Thèse de Paris, 1868.
LASÈGUE. — Traité des angines. Paris, 1868.
LIOUVILLE. — Ulcération tuberculeuse du pharynx. Bull. de la Société anatomique, Paris, 1875.
LEBERT. — Lehrb. d. Scrophul. u. Tub. Krankh. Bearbeit. Von Köhler. Stuttgart, 1851.
LUBLINSKY. — De la tuberculose du pharynx. Deutsche med. Zeit., n° 47.
MANDL. — Des affections du larynx et du pharynx. Paris, 1872.
MARJOLIN. — Gazette des hôpitaux, 1860.
MARTINEAU. — Bull. de la Société médicale des hôpitaux, 1874.
NIEMEYER. — Traité de pathologie interne, t. I. Paris, 1865.
PETER. — Article Angine. Dict. encyclopédique des sciences médicales.
PIORRY. — Traité de pathologie interne, Paris, 1842-1848.
REQUIN. — Eléments de pathologie médicale. Paris, 1843.
RICORD. — Bull. soc. de chirurgie de Paris, 1851.
TROUSSEAU. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, vol. I.
VALLEIX. — Guide du médecin praticien. Paris, 1847.
VIRCHOW. — Ueber Scrophulose und. Tuberculose. Arch. für pathol. Anatomie, 1847.
VULPIAN. — Union médicale, 1873.
WEBER. — Handbuch der Chirurgie. Pitha et Billroth.

2) LUPUS DU PHARYNX

ALIBERT. — Clinique de l'Hôpital Saint-Louis. Paris, 1833.
ALIBERT. — Description des maladies de la peau. Paris, 1806-1814.

Arnal. — Journal heb. de médecine, 1832.
Baizeau. — Archives de médecine. Paris, 1861.
Bazin. — Art. Lupus. Dictionnaire encyclopédique des sc. médicales.
Bazin. — Leçons sur la scrofule. Paris, 1862.
Biett. — Abrégé pratique des maladies de la peau. Paris, 1828.
Cazenave. — Traité des syphilides. Paris, 1843.
Constantin Paul. — De l'angine ulcéreuse maligne de nature scrofuleuse. Société médicale des hôpitaux, 1872.
Czermak. — Sitzungsberichte der math. naturw. Klasses der Wiener. Acad. der Wissensch., 1858.
Desnos. — Art. angine. Dict. de médecine et chir. pratiques.
Devergie. — Traité des maladies de la peau. 1854.
Fougère. — Angine ulcéreuse maligne de nature scrofuleuse. Thèse de Paris, 1871.
Frank. — Traité de pathol. interne. Trad. Bayle. 1857.
Gintrac. — Cours théorique et clinique de pathol. interne. Paris, 1853.
Hamilton. — Dublin Journ. of med. sc., 1844 (sur l'angine scrofuleuse).
Hardy. — Leçons sur les scrofulides. Paris, 1858.
Hermann Paul. — Arch. f. klinische Chirurgie, t. III, traduc. Verneuil, in Arch. générales de médecine. Paris, 1865.
Homolle. — Des scrofulides graves de la muqueuse bucco-pharyngée. Thèse de Paris, 1875.
Isambert. — Bull. de la soc. médicale des hôpitaux, 1871.
Lebert. — Traité des maladies scrofuleuses.
Neumann. — Le lupus érythémathoïde. Gaz. hebd. 1864.
Peter. — Art. Angine. Dict. encyclopédique des sc. médicales.
Rayer. — Traité des maladies de la peau. 1835.
Tardieu. — Bulletin soc. anatomique de Paris. 1842.
Thoma. — Recherches anat. sur le lupus. Virchow Arch., Bd. LVI.
Travers. — Medico-chirurgical Transactions. 1829.
Türck. — Krankheiten des Kehlkopfes. 1866.
Valleix. — Guide du médecin praticien. Paris, 1847.
Virchow. — Pathol. des tumeurs, trad. Aronsohm. Paris, 1867.
Waldenburg. — Traité de pathologie. Berlin, 1872.

c) Déterminations pharyngées de la lèpre

Alibert. — Art. Lèpre. Dictionnaire en 60 volumes, 1818.
Arnould. — Recueil des mémoires de méd. et chirurg. milit., 1862.
Barrallier. — Elephantiasis. Dict. de méd. et chirurg. pratiques (Jaccoud).
Bazin. — Leçons théoriq. et cliniques sur les affections cutanées artificielles et sur la lèpre, etc. Paris, 1862.
Beaugrand. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.
Cazenave. — Art. Eléphantiasis. Dict. en 40 volumes.
Cruveilhier. — Anat. pathologique du corps humain. Paris, 1830.
Delaberge, Monneret et Fleury. — Art. éléphantiasis. Compendium de médecine prat., T. III, 1839.
Fournier. — Art. éléphantiasis. Dict. en 60 volumes.
Gintrac. — Cours de pathol. interne. Paris, 1859.
Griesinger. — Virchow Archiv, 1853, vol. V.
Grisolle. — Traité de pathol. interne, t. II.
Hjelt. — Notizen über der Aussatz von Lepra in Finnland. Virchow's Archiv, 1865.
Labarraque. — Art. lèpre. Nouv. Dict. de méd. et chir. pratiques (Jaccoud).
Mandl. — Traité des mal. du larynx et du pharynx. Paris, 1872.
Oldekopp et Wolff. — De lepra Caspica. Virchow's Archiv. 1863.
Pruner. — Die Krankheiten d. Orients. Erlanger, 1847.
Rayer. — Traité théor. et prat. des mal. de la peau. Paris, 1835.
Thoma. — Beitr. zu pathol. Anat. d. Lepra arabica. Virchow's Arch., 1873.
Türck. — Klin. d. Krankheit. d. Kehlkopfes. 1866.
Valentin. — Bull. faculté de médecine. 1868.
Wachsmuth. — Aussatz in Livland. Deutsche Arch. f. Klin. Med., 1867.
Wolff. — Elephantiasis Grœcorum. Virchow's Archiv. 1863.

d) Déterminations pharyngées de la morve

Bollinger. — Art. Morve. Ziemssen's Handbuch von Pathologie.

Cazenave. — Mémoires de la Société des sciences médicales de Lille, 1858.
Desnos. — Art. Angine. Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques (Jaccoud).
Duplay. — Archives générales de médecine, 1832.
Grisolle. — Pathologie interne, T. II.
Gubler. — Observation de morve aiguë (Mémoires de la Société de biologie, 1859).
Jaccoud. — Traité de pathologie interne, T. III.
Morel. — Traité raisonné de la morve. Paris, 1823.
Ollivier. — Art. Morve. Dictionnaire de médecine en 40 volumes.
Peter. — Des maladies virulentes. Thèse de concours. Paris, 1836. Art. Angines, Dictionnaire encyclopédique de médecine (Dechambre).
Rayer. — De la morve et du farcin chez l'homme. Mémoires de l'Académie de médecine, 1837.
Tardieu. — De la morve et du farcin chronique chez l'homme. Thèse de Paris, 1843.
Vigla. — Thèse de la Faculté de médecine de Paris, 1839.

Addendum. — Retentissement des maladies de la peau sur le pharynx

Bazin. — Art. Urticaire. Traité des maladies de la peau.
Biett. — Art. Acné. Dictionnaire de médecine en 40 volumes.
Bœrensprung. — Pemphigus. Charité Annalen, 1862.
Cazenave. — Pemphigus. Traité des maladies de la peau. T. IV.
Chomel et Blache. — Urticaire. Dictionnaire de médecine en 40 volumes.
Franck (J.). — Acné. Traité de nosologie.
Gilibert et Monfalcon. — Art. Pemphigus. Dictionnaire de médecine en 60 volumes.
Grisolle. — Acné. Pathologie interne, T. I. Paris, 1844.
Gubler. — Acné. Union médicale, 1858.
Hebra. — Pemphigus. Speciel Virchows pathologie, 1865.
Lasègue. — Urticaire, Acné. Traité des angines. Paris, 1868.
Piorry et Malle, — Gazette médicale, 1833.
Rayer. — Traité des maladies de la peau, T. II, Paris, 1835.

II. — TUMEURS DU PHARYNX

a) Tumeurs de l'amygdale

BOURDON. — Fibrome de l'amygdale. Bull. soc. anatomique, 1872.

DEMARQUAY. — Cancer de l'amygdale. Bull. société chirurgie, 1862.

DUFOUR. — Bull. Société anatomique de Paris, 1854.

ERICHSEN. — Science and art of Surgery, 1864.

FANO. — Cancer de l'amygdale. Bull. Soc. anatomique, 1846.

GRISOLLE. — Traité pathologie interne, t. I, 1844.

JOURDAIN. — Traité des maladies de la bouche.

JULIA. — Polype de l'amygdale. Gaz. des hôpitaux, 1863.

LASÈGUE. — Traité des angines. Paris, 1868.

LEBERT. — Traité d'anatomie pathologique, 1851.

LOBSTEIN. — Traité d'anatomie pathologique. Paris, 1829-1833.

MAISONNEUVE. — Bulletin Soc. de chirurgie, 1859.

MARSDEL. — Lancet, 1859.

MOITY. — Pathologie des amygdales. Thèse de Paris, 1858.

MONNERET. — Traité élémentaire de pathologie interne.

NÉLATON. — Tumeur hypertrophique des glandes salivaires. Gazette des hôp., 1856.

POLLAND. — British and foreign medico-chirurg. Review. 1870.

POLLAND. — On cancer of the tonsils glands. Brit. and Foreign med. chir. review, 1872.

ROCH. — Dict. de méd. et chirurgie pratiques (Jaccoud).

ROUBINET. — Des amygdales et de leurs maladies. Thèse, Paris, 1854.

SCHAW. — Transact. of the path. soc. of London, 1852.

TROUSSEAU. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, t. I.

VALLEIX. — Guide du médecin praticien. Paris, 1847.

VELPEAU. — Traité de médecine opératoire, t. III, dernière édition.

VIDAL (de Cassis). — Traité de chirurgie, 1839.

VIRCHOW. — Traité des tumeurs. Trad. Aronsohn, 1867.

WARREN. — Traité des tumeurs, 1836.

WENDT. — Ziemssens Handbuch. vol. VII, 1874.

b) Tumeurs du voile du palais

Ancelin. — Journal de médecine de Vandermonde, XIII.

Bornère. — Essai sur les tumeurs du voile du palais confondues sous le nom d'adénomes. Thèse Montpellier, 1878.

Bide. — Angine couenneuse de la luette. Ann. des malad. de l'oreille et du larynx, 1877, p. 206.

Blandin. — Abation des tumeurs du voile du palais par la ligature. Bull. de l'Acad. de méd. Paris, 1845, p. 336.

Blum. — Epithéliome du voile du palais. Thèse de Paris, 1880.

Blum. — Tumeur érectile de la luette. Thèse Paris, 1880

Botat. — Journal de médecine de Roux.

Brunton. — Ulcérations du voile du palais. Dublin med. Journ., 26 janvier 1878.

Bryant. — Sarcome fibrocellulaire du voile du palais. Schmidt Jarhbuch, 1863, p. 190.

Cartaz. — Tumeurs du voile du palais. Thèse de Paris, 1873.

Clairault. — Tumeur congénitale du voile. Bull. de la soc. anat., 1874.

Coyne. — Étude histologique d'un sarcome du voile du palais. Gaz. hebd. de Paris, 1874.

Cruveilher. — Traité d'anat. pathologique.

Demarquay. — Cancer du voile du palais. Gaz. des Hôp., 1845.

Denucé. — Tumeur du voile du palais. Bull. de la Soc. anat., 1852, p. 18.

Desprez. — Adénome du voile du palais. Bull. de la soc. de chirur. Paris, 1874, p. 371.

Dufour. — Cancer du voile du palais. Bull. de la soc. anat., 1854.

Fano. — Tumeur de la voûte palatine et du voile. Th. d'agr., Paris, 1857.

Félizet. — Tumeurs du voile du palais. Union méd. 1871.

Gayraud. — Tumeurs de la voûte et du voile. Dict. encyclop. des sc. méd. 1° kystes, 2° fibromes.

Haas. — Tumeur du voile du palais. Th. Strasbourg, 1861.

Gosselin. — Tumeurs du voile. Soc. de chirurg., 1849.

Guyon et Thiéry. — Archives de physiologie, 1860.

Landmann. — Sarcome du voile du palais. Arch. f. Heilk., 1876, p. 192.

Landmann. — Sarcome du voile. Arch. f. der Heilkunde, 18e année.

Laugier. — Adénome du voile du palais. Mon. des Hôp. 1856.

Le Dentu. — Epithélioma cylindrique du pharynx et du voile du palais. Bull. de la Soc. anat., Paris, 1873, p. 656.

Letenneur. — Volumineuse tumeur palatine. Bulletin de l'acad. de méd., 1864.

Marjolin. — Tumeur du voile du palais. Bull. de la Soc. de chirur. Paris, 1851, II, p. 79.

Marjolin. — Polype du voile du palais. Bull. de thérap., 1875.

Méplain. — Polype muqueux du voile du palais. Bulletin de thérapeutique, 1873.

Morestin. — Tumeurs mixtes du voile. Trait. de chirur. de Le Dentu, p. 294 (historique).

Moutard-Martin. — Myxome du voile du palais. Bull. de la soc. anat. de Paris, 1876, p. 599.

Nadaud. — Tumeur glanduleuse du voile du palais. Bull. de la Soc. anat. de Paris, p. 119, 1856.

Nélaton. — Tumeurs du voile du palais. Gaz. des Hôp., 1856.

Nélaton. — Leçons sur les tumeurs du voile du palais. Gaz. des Hôp., 1852.

Nepveu. — Papillome de la luette. Bull. de la Soc. anat. de Paris, 1875, p. 535.

Panas. — Bull. de la Soc. de chirurgie, 1867.

Parmentier. — Tumeurs de la voûte palatine et du voile du palais. Gaz. méd. de Paris, 1856.

J. Python. — Des adénomes du voile du palais et de la voûte palatine. Thèse Paris, 1875.

Richet. — Lipome du voile du palais. Thèse Paris, 1850.

Ricord. — Cancer du voile. Bull. Soc. anat., 1854.

Rouyer. — Tumeurs du voile. Soc. de chirurg., 1856.

Sabatier. — Fibrome du voile du palais. Ablation. Lyon méd., 1878.

Tarnier. — Traité des maladies de la bouche.

Thiron. — Myxome du voile du palais. Bull. de la Soc. anat. de Paris, 1872, p. 353.

Verneuil. — Bulletin de la Soc. anatomique de Paris, 1858.

Vidal. — Hypertrophie papillaire de la luette. Bull. de la Soc. anat. de Paris, 1858, p. 227.

Vincent. — Tumeur fibreuse du voile. Lyon méd., 1875.
Williems. — Ulcères profonds du voile du palais. Gaz. des Hôp. 1863, p. 494.

c) Tumeurs du pharynx proprement dit

(Polypes naso-pharyngiens)

Barbram. — Polypes naso-pharyngiens. Soc. anat., 1855.
Beauchet. — Polypes fibreux naso-pharyngiens. Gazette des hôpitaux, 1860.
Bégin. — Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques.
Beuf. — Des polypes fibreux de la base du crâne dits naso-pharyngiens. Thèse de Paris, 1857.
Boeckel. — Ablation d'un polype naso-pharyngien par discision transversale du voile. Gaz. de Strasbourg, 1879, nº 2.
Bonnes. — Polypes nasopharyngiens opérés par un procédé nouveau. Soc. de chirurg., juillet 1869.
Broca. — Polype naso-pharyngien. Bull. Soc. de chirurgie, 1866.
Brouardel. — Polype naso-pharyngien. Bull. de la Soc. anat., 1860.
Bruns. — L'électricité dans le traitement des polypes naso-pharyngiens. Berl. klin. Wochenschr., 1872.
Carron. — Rugination de la base du crâne dans le traitement des polypes. Thèse de Strasbourg, 1867.
Delort. — Considérations sur les opérations que nécessitent les polypes naso-pharyngiens. Thèse de Strasbourg, 1834.
Dupuytren. — Clinique chirurgicale.
Denucé. — Ablation des polypes nasopharyngiens par voie palatine. Bull. et mém. de la Soc. de chirurgie, Paris, 1878.
Desprez. — Des polypes nasaux et naso-pharyngiens, Thèse de Paris, 1857.
Dietrich. — Polypes naso-pharyngiens. Diss. inaug. Prat., 1861.
Fletcher Ingals. — Fibrome pharyngolaryngien volumineux, J. of the Amer. med. Assoc., nº 41, 1846.
Folet. — Polypes naso-pharyngiens, Bull. méd. du Nord, t. XXI, nºs 11 et 12.

Ganghofner. — Tumeurs adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne et de leur traitement. Prag. med. Woch., 1877, nos 15 et 16.

Gross. — Extraction des polypes naso-pharyngiens par un nouveau procédé de résection tempor. du maxillaire supérieur. Gaz. méd. de Strasbourg, 1872.

Guichet. — Les polypes muqueux des arrière-narines. Thèse Paris, 1874.

Huguier. — Polypes naso-pharyngiens. Ostéoplas. du maxil. sup. Gaz. des Hôp., 1864, p. 342.

Jarjavay. — Bulletin de la Société anat. 1862

Lefort. — Polypes naso-pharyngiens. Dict. encycl. des sciences méd.

Legouest. — Polypes naso-pharyngiens. Gaz. hebd., 1868.

G. Lenhartz. — Die Nasenrachenpol. in d. oper. Behandlung. Berlin, 1873.

Lorain. — Polypes naso-pharyngiens. Bull. Soc. anat., 1854.

Massé (Robin). — Polypes naso-pharyngiens. Thèse Paris, 1864.

Maisonneuve. — Extirp. de polypes naso-phar. Clin. chir., 11, p. 404, 1864.

Marjolin. — Polypes fibreux naso-phar. (obs). Soc. de chirurg., 15 mai 1861.

Mauriac. — Du syphilome pharyngien. Paris, 1877.

Michaux. — Bulletin de la Société Royale de médecine de Belgique, T. XII.

Ory. — Des polypes de la partie postérieure des fosses nasales. Bull. de la Soc. anat. de Paris, 1874, p. 912.

Paquet. — Destruction des polypes naso-pharyngiens par l'électricité, Bull. de la Soc. anat., 1867, p. 677.

Petit. — Sur les polypes naso-pharyngiens. Thèse Paris, 1861.

Postel. — Des polypes naso-pharyngiens. Thèse de Paris, 1867.

Reclus. — Polypes muqueux implantés sur la partie postérieure des fosses nasales. Bull. de la Soc. anat. de Paris, 1874, p. 678.

Robin Massé. — Des polypes naso-pharyngiens. Thèse Paris, 1864.

Rokitansky. — Polypes du pharynx. Med Jabal de oct Strats., vol. XXX, 1840.

Roux. — Polypes naso-pharyngiens. Gaz. des hôp., 1861, p. 354.

Schweich. — Tum. fibro-plast. de la base du crâne. Bull. Soc. anat., 1857.
Schumacher. — Des polypes. Diss. inaug. Regimand, 1862.
Veillon. — Contribution à l'étude des tumeurs mal. naso-pharyngiennes. Thèse Paris, 1875.
Verneuil. — Polype naso-pharyngien. Bull. Soc. de chirurgie, 1860.

III. — TROUBLES NERVEUX DU PHARYNX

Axenfeld. — Des névroses. Paris, 1863.
Beruntz. — Art. Hystérie. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.
Bright. — Reports on medical cases. Vol. II, p. 330.
Chairon. — Études cliniques de l'hystérie. Paris, 1870.
Charcot. — Note sur un cas de paralysie glosso-labio-pharyngée, Archives de physiologie, 1870.
Charcot. — Sur la maladie de Basedow. Gazette hebdomadaire de médecine, 1859.
Corlieu. — Névrose thyro-exophtalmique. Gaz. des hôp., 1863.
Du Cazal. — Art. Paralysie. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.
Duchenne. — Traité de l'électrisation localisée. Paris, 1861.
Eulenberg. — Ziemssens Handbuch, t. XX.
Ferrus. — Art. Goitre. Diction. de méd. en 40 volumes, t. XIV, Paris, 1836.
Fournier. — Leçons cliniques, Union médicale, 1867.
J. Franck. — Pract. med. universa præcepta, vol. I.
Gendron. — Observation pratique sur la dysphagie, ses variétés et son traitement. Archives générales de médecine, 1858.
Graves. — Leçons cliniques médicales. Traduction française par Jaccoud. Paris, 1862, t. II.
Hallopeau. — Des paralysies bulbaires. Thèse d'agrégation. Paris, 1875.
Hammond. — Traité des maladies du système nerveux. Traduction française par Labadie-Lagrave.

Hérard. — Paralysie glosso-labio-pharyngée. Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, 1868.
Hitzig. — Berliner klinische Wochenschrift, 1874.
Jaccoud. — Traité de pathologie interne, T. I, Paris, 1869.
Krishaber. — Anesthésie de la sensibilité réflexe des voies aériennes. Gaz. hebdom. de méd. et de chir., 1872.
Lanneau. — Bulletin de la Société de biologie, 1870.
Lasègue. — Traité des angines. Paris, 1868.
Lebert. — Die Krankheiten der Schilddrüse und ihre Behandlung. Berlin, 1862.
Luton. — Art. Goitre. Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.
Maingault. — Sur la paralysie du voile du palais. Thèse de Paris, 1853.
Mandl. — Traitement des maladies du larynx et du pharynx. Paris, 1872.
Marjolin. — Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1837.
Ollivier. — Traité des maladies de la moelle, T. II.
Ollivier. — Dysphagie d'espèce rare. Arch. gén. de méd., 1829.
Piorry. — Gazette hebdomadaire de médecine, 1862.
Raige-Delorme. — Art. Pharynx. Dictionnaire de médecine en 40 volumes.
Romberg. — Maladies du système nerveux. Paris, 1840.
Tessier. — Gazette médicale de Lyon, 1863.
Traube et Recklinghausen. — Deutsche Klinik, 1863.
Trousseau. — Du goitre exophtalmique ou maladie de Graves. Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu, 1re édition, T. II.
Trousseau. — Gazette hebdomadaire de médecine, 1864.
Türck. — Klinik der Kranheiten des Kehlkopfes.
Virchow. — Die Krankhaften Geschwülste. Berlin, 1867.

IV. — TRAUMATISMES DU PHARYNX

Arnal. — Mémoire sur quelques particularités des plaies par armes à feu. Journal universel hebdomadaire de médecine, 1831, t. III.
Baumgarten. — Traité de pathologie, 1840.

Bégin. — Article pharynx. Dictionnaire de médecine en 15 volumes.
Bérard. — Art. plaies. Dictionnaire de médecine en 40 volumes.
Boyer. — Traité des maladies chirurgicales. Paris, 1814.
Chauvel. — Art. Plaies. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.
Dieffenbach. — Observations sur les plaies du cou. Archives générales de médecine, 1834.
Dupuytren. — Leçons orales de clinique chirurgicale, Paris, 1832.
Fischer. — Chirurgie de Pitha et Billroth.
Franck. — Traité de médecine opératoire. Paris, 1842.
Gibl. — Lancet, 1849.
Isambert. — Annales des maladies de l'oreille et du larynx, 1875.
Laugier. — Art. Cou. Dictionnaire de médecine en 30 volumes.
Longchamp. — Observations de plaies du pharynx. Bulletin de la Société médicale de la Sarthe, 1851.
Porter. — Cas remarquable de blessure au pharynx. Gazette médicale, 1838.
Sanson. — Art. plaies. Dictionnaire de médecine en 15 volumes.
Sarazin. — Art. Cou. Dict. de médecine et chirurgie pratiques.
Valleix. — Guide du médecin praticien, t. III. Paris, 1842.
Velpeau. — Traité de médecine opératoire. Paris, 1839.
Vidal (de Cassis). Traité de pathologie externe. Paris, 1852.

V. — CORPS ÉTRANGERS DU PHARYNX

Adelmann. — Ueber Fremdkörper in Pharynx. Prag. Viertel-jarhschrift für Heilk. 1868.
Bégin. — Art. Corps étrangers. Dictionnaire en 15 volumes.
Boyer. — Traité des maladies chirurgicales. Paris, 1814.
Breschet. — Corps étrangers. Dictionnaire de médecine en 60 volumes.
Decasine et Chevallier. — Corps étrangers dans le pharynx. Archives médicales belges, 1871.

Grandchamp et Duval. — Journal général de médecine, t. XXV et XXVI.
Georghegan. — Gazette hebdomadaire de médecine, 1866.
Grellois. — Corps étrangers du pharynx. Bulletin de la Société anatomique, 1835.
Martin. — Corps étrangers du pharynx et de l'œsophage. Thèse de Paris, 1868.
Millard. — Corps étrangers du pharynx. Bulletin de la Société anatomique, 1859.
Murat. — Corps étrangers du pharynx et des fosses nasales. Archives générales de médecine, 1827.
Nélaton. — Traité de chirurgie, 1re édition.
Thouvenin. — Corps étrangers des voies digestives. Bulletin de Société de chirurgie, 1875.
Vidal (de Cassis). — Traité de pathologie. Paris, 1839.

VI. — PARASITES DU PHARYNX

Baizeau. — Des accidents produits par les sangsues. Archives générales de médecine, 1863.
Davaine. — Traité des entozoaires et des maladies vermineuses. Paris, 1860.
Double. — Journal général de médecine, t. XXV.
Fischer. — Chirurgie de Pitha et Billroth.
Gihl. — Lancet, 1849.
Lacretelle. — Suffocation produite par la présence d'une sangsue. Archives générales de médecine, 1820.
Vandesbach. — Mémoire de médecine et pharmacie militaires t. XXVIII.

VII. — MALFORMATIONS DU PHARYNX

a) Malformations du pharynx proprement dit

Albers. — Fistule du pharynx. Archives générales de médecine, 1842.

Ascherson. — De fistulis colli congenitis, Berlin, 1832.
Bednar. — Die Krankheiten der Neugeborenen, Wien, 1850.
Bérard. — Dictionnaire de médecine en 30 volumes.
Boerens. — Mittheilungen aus dem Archiv. d. Ges. pract. Aerzte zu Riga 1. S. 5.
Capuron. Traité des maladies des enfants. Paris, 1813.
Cruveilhier. Anatomie pathologique, t. II, Paris, 1849.
Duncan. — Case of branchial fistula. Edimburgh med. Journal, vol. I.
Duplay (Follin). — Traité de chirurgie.
Dupuy. — Rétrécissement de la partie inférieure du pharynx. Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1847.
Dzondi. — De fistulis tracheæ congenitis. Berlin, 1832.
J. Franck. — Traité de médecine opératoire. Traduction Gondureau. Paris, 1842.
Friedler. — Laryngopharyngostenosis syphilitica. Archiv. für Heilkunde, 1871.
Gass. — Des fistules branchiales. Thèse de Strasbourg, 1867.
Hallau. — C. R. de la London med. Soc. 1828.
Heine. — Dissertatio de fistulis colli congenitis. Hamburg, 1840.
Heusinger. — Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie. Virchow. Bd XXIX, 1868.
Hyrtl. — Fœtale Kiemenofnung und bei Erwachsenen. Oesterr. med. Wochenschr., Bd. 1. S. 53.
Manz. — Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie. Virchow. Bd. XXXIII.
Mayer. — Handbuch der Kinderheilkunde, vol. IV, 1861.
Mondières. — Absence du pharynx et de l'œsophage. Archives générales de médecine, 1833.
Monneret. — Traité élémentaire de pathologie interne, t. I, Paris 1864.
Münchenmeyer. — Fistula colli congenita. Hannover. Annalen. Bd. VI.
Neuhofer. — Ueber die angeborene Halsfistel. Munich, 1847.
Nütten. — Preuss. Ver. Zeitung. Bd. XXXV. 1850.
Passavant. — Archiv fur Heilkunde. Bd. III.
Pheninger. — Zeitschrift für Wundärzte und Geburtshelfer. Bd. VI, 1854.
Reeves. — Gazette hebdomadaire de médecine, 1855.

Ricord. — Oblitération des narines et rétrécissement de l'isthme du gosier. Bulletin de la Société de chirurgie, 1851.
Riecke. — Walthers Ammon Journal d. Chirurgie. Bd. XXXIV.
Ried. — Jenaische Zeitschrift für Medicin, 1834.
Rokitansky. — Traité d'anatomie pathologique.
Rokitansky. — Diverticulum du pharynx. Arch. générales de médecine, 1840.
Sarazin. — Fistule borgne du pharynx. Bulletin de la Société chirurgie, 1850.
Velpeau. — Traité de médecine opératoire. Paris, 1839.
Vidal (de Cassis). — Traité de pathologie externe. Paris, 1851.

b) Malformations de l'amygdale

(*Voir hypertrophie amygdalienne*).

c) Malformation du voile

Ancelet. — Bulletin médical de l'Aisne, 1867.
Bérard. — Art. Staphylorraphie. Dictionnaire de médecine, 1844.
Bérard. — Archives de médecine, 1834.
Boyer. — Traité des maladies chirurgicales. Paris, 1814.
Langenbeck. — Archiv. f. klin. chir., 1863.
Malgaigne. — Traité de médecine opératoire.
Nélaton. — Staphylorraphie. Pathologie chirurgicale, t. II. Paris, 1847.
Notta. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1869.
Roux. — Mémoire sur la staphyloraphie, 1825.
Rouyer. — Staphyloraphies. Gazette des hôpitaux.
Trélat. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1869.
Velpeau. — Traité de médecine opératoire, t. III, 1849.
Walters. — Zeitschrift für path. Anatomie, 1859.

TABLE DES MATIÈRES

I. — Quatrième volume

II. — Cinquième volume



MACON, PROTAT FRÈRES, IMPRIMEURS